

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra sociologie

Sociologie

Blanka Jirkovská

**Pracovní podmínky a podpora zdraví pracovníků
v oblasti péče o seniory**

**Working Conditions and Health Promotion
of Professionals in Elderly Care**

Disertační práce

vedoucí práce: PhDr. Hana Janečková, Ph.D.

2016

Poděkování:

Na tomto místě si dovoluji poděkovat vedoucí své disertační práce, paní PhDr. Haně Janečkové, Ph.D. za její vstřícnost při odborném vedení a dávání podnětných rad. Dále děkuji všem pracovníkům v dlouhodobé péči, kteří se zúčastnili mého výzkumu, za jejich ochotu a čas. Díky patří mé rodině, s jejíž podporou jsem se mohla věnovat celému studiu včetně sepsání této práce.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem disertační práci napsala samostatně s využitím pouze uvedených a řádně citovaných pramenů a literatury a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 21. února 2016

Blanka Jirkovská

ABSTRAKT

Disertační práce přináší sociologický a sociálně psychologický pohled na pracovní podmínky a podporu zdraví pracovníků působících v oblasti dlouhodobé péče a zkoumá vliv těchto podmínek na jejich osobní pohodu. Jejím obecným cílem je zmapovat současné pracovní podmínky a pracovní situaci této profesní skupiny v České republice a upozornit tak na oblast, která není dostatečně reflektována. Specifickým cílem je pak verifikace platnosti modelu Effort Reward Imbalance a konceptu well-being na zkoumané populaci. Mezi vedlejší efekty této práce patří i možnost využití výsledků realizovaného aplikovaného výzkumu managementem zúčastněných organizací pro praktické účely.

Práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. V teoretické části jsou nejprve vymezeny a charakterizovány základní pojmy, jako je podpora zdraví a dlouhodobá péče. Následuje podrobný popis dvou ústředních teoreticko metodologických východisek využitých v aplikovaném výzkumu. Jedná se o sociologicko psychologický koncept well-beingu (osobní pohody) a o model Effort Reward Imbalance (ERI), který představuje klíčový nástroj mapování stresu na pracovišti, vytvořený a validizovaný soudobým německým sociologem J. Siegristem.

Empirická část práce popisuje výzkum, který proběhl ve dvou fázích mezi lety 2012-2014. V první z nich jsme prostřednictvím techniky focus groups reflektovali současný stav podpory zdraví a pracovních podmínek formálních pečujících v českém prostředí. Cílem bylo zjistit subjektivní názory této cílové skupiny na snahy zaměstnavatelů o podporu jejich zdraví formou zkvalitňování pracovních podmínek. Klíčovým tématem byla úroveň podpory zdraví na pracovišti a s ní související pozitivní a negativní faktory ovlivňující pracovní výkon. Ve druhé fázi jsme provedli kvantitativní šetření formou dotazníků s cílem ověřit platnost modelu ERI na české populaci pracovníků působících v oblasti dlouhodobé péče. Zúčastnilo se 265 respondentů ze dvanácti zařízení dlouhodobé péče různého typu. Respondenti byli rozděleni do čtyř skupin dle dvou kritérií: pracovníci terénních a pracovníci pobytových služeb a pracovníci ze zdravotní a ze sociální sféry. V závěrečné části práce shrnujeme a diskutujeme hlavní výsledky z obou fází výzkumu a doplňujeme je komentáři zasazujícími naše zjištění do širšího společenského rámce.

Klíčová slova:

podpora zdraví na pracovišti, pracovníci v dlouhodobé péči, model Effort Reward Imbalance, well-being, stres na pracovišti

ABSTRACT

The dissertation brings sociological and socio-psychological view on working conditions and health promotion of professionals working in the field of long-term care and examines the impact of these conditions on their well-being. Its overall objective is to map the current work conditions and work situation of this working group in the Czech Republic and draw attention to an area that is not adequately reflected. Specific objective is the verification of the model Effort Reward Imbalance and the concept of wellbeing on the population studied. The side effect is to provide the results of the conducted applied research to the management of participating organizations for practical purposes.

The work is divided into theoretical and empirical part. Theoretical background characterizes basic concepts; health promotion and long-term care. The central theoretical and methodological tools used in the applied research are then described: socio-psychological concept well-being and model Effort Reward Imbalance (ERI). The model, which was introduced by contemporary German sociologist J. Siegrist, presents a key resource of mapping stress in the workplace.

The empirical part of the dissertation describes the research that was conducted in two parts during 2012 - 2014. In the first part held in form of focus groups we reflected the current state of health promotion and working conditions of formal caregivers in the Czech Republic. The aim was to determine the subjective opinions of the target group on the effort of employers to promote their health through improving working conditions. The level of workplace health promotion and related positive and negative factors affecting performance formed a key issue. In the second phase we conducted a quantitative survey through questionnaires in order to verify the model ERI on the Czech population of professionals in long-term care. We got responses from 265 of them from twelve long-term care facilities of various types. Respondents were divided into 4 groups according to 2 criteria: caregivers in residential and caregivers in field services and workers from health care and from social care sector. The final section of dissertation summarizes and discusses the main findings from both phases of research and complements them with the commentaries situating our findings into a broader social context.

Key words:

Health Promotion at Workplace, Professional Caregivers in Long Term Care, Effort Reward Imbalance Model, Well-being, Stress at Workplace

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	8
ÚVOD.....	9
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	13
1.1 Podpora zdraví a její sociologické souvislosti	13
1.1.1 Sociologické pojetí podpory zdraví v díle Aarona Antonovského	14
1.1.2 Podpora zdraví v dokumentech Světové zdravotnické organizace	17
1.1.3 Podpora zdraví na pracovišti	19
1.1.4 Pracovní podmínky a podpora zdraví zaměstnanců	22
1.2 Dlouhodobá péče a její sociologické souvislosti	24
1.2.1 Sociologické pojetí péče a pečující společnosti	24
1.2.2 Pojetí dlouhodobé péče	29
1.2.3 Úskalí v oblasti dlouhodobé péče v Evropské Unii a v České republice	32
1.2.4 Osoby poskytující dlouhodobou péči a jejich současná situace	35
1.2.5 Etické aspekty dlouhodobé zdravotně sociální péče a princip lidské důstojnosti	40
1.3 Model Effort Reward Imbalance	43
1.3.1 Popis modelu	46
1.3.2 Aplikace modelu	53
1.3.3 Srovnání modelu ERI a modelu JD-C.....	55
1.3.4 Využití modelu ERI v České republice.....	57
1.3.5 Přednosti a limity modelu ERI	59
1.4 Well-being (osobní pohoda)	62
1.4.1 Dimenze osobní pohody a její determinanty	63
1.4.2 Výzkumy kombinující model ERI a well-being.....	68
2 VÝZKUMNÁ ČÁST - METODOLOGIE	73
2.1 Hlavní výzkumné cíle	73
2.2 Hlavní výzkumné otázky a pracovní hypotézy	74
2.3 Základní charakteristiky výzkumu a výzkumného souboru	76
2.4 Výzkumné fáze a techniky.....	78
2.4.1 Kvalitativní část.....	78
2.4.2 Kvantitativní část.....	80
2.4.2.1 Sběr dat.....	80
2.4.2.2 Vzorek respondentů.....	81
2.4.2.3 Způsob konstrukce dotazníku – operacionalizace pojmů	82
2.4.2.4 Statistická analýza	88
2.5 Etické aspekty související s výzkumem.....	89
3 VÝZKUMNÁ ČÁST – VÝSLEDKY A JEJICH ANALÝZA.....	90
3.1 Analýza výstupů z focus groups	90
3.1.1 Podpora zdraví na pracovišti z hlediska pracovníků v oblasti dlouhodobé péče	90

3.1.2	Subjektivně vnímaný zdravotní stav a jeho souvislost s pracovní činností.....	91
3.1.3	Faktory, které ohrožují zdraví na pracovišti.....	92
3.1.4	Faktory, které přispívají k podpoře zdraví na pracovišti.....	95
3.1.5	Odměny a vynaložené úsilí	98
3.1.6	Další aspekty práce v pečujících profesích	100
3.2	Analýza výstupů z dotazníkového šetření	107
3.2.1	Analýza vztahující se k hlavním výzkumným otázkám a pracovním hypotézám..	107
3.2.2	Další analýzy	114
3.2.2.1	Podrobnější rozbor vybraných otázek modelu ERI	114
3.2.2.2	Flukuační tendence.....	118
3.2.2.3	Víra.....	118
3.2.2.4	Věk	118
3.2.2.5	Vzdělání	119
3.2.2.6	Délka praxe v dlouhodobé péči	119
3.2.2.7	Nadřizenost versus podřizenost	119
3.2.2.8	Rodinný stav.....	120
4	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ A DISKUSE	121
4.1	Výstupy z focus groups.....	121
4.2	Výstupy z kvantitativního výzkumu	133
4.2.1	Shrnutí výsledků dotazníkového šetření.....	133
4.2.1.1	Komentář k první výzkumné otázce	133
4.2.1.2	Komentář ke druhé výzkumné otázce.....	135
4.2.1.3	Komentář ke třetí výzkumné otázce	139
4.2.2	Srovnání průměrných koeficientů v modelu ERI dle našich zjištění se zahraničními výzkumy	140
4.2.3	Komentář k dalším analýzám: rodinný stav	142
4.3	Limity výzkumu.....	142
	ZÁVĚR	146
	LITERATURA.....	149
	SEZNAM TABULEK, GRAFŮ A OBRÁZKŮ	166
	PŘÍLOHY	167
Příloha 1	Informovaný souhlas s účastí ve skupinové diskusi	168
Příloha 2	Příklad záznamu focus groups	169
Příloha 3	Dotazník: Podpora zdraví pracovníků pečujících o seniory	174
Příloha 4	Dotazník Burnout measure, česká verze	180
	SUMMARY	184

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

APSS ČR	Asociace poskytovatelů sociálních služeb v České republice
BM	Burnout measure, nástroj pro měření syndromu vyhoření
BS	Burnout syndrom, syndrom vyhoření
CVD	Cardiovascular diseases, kardiovaskulární nemoci
ENWHP	The European Network for Workplace Health Promotion, Evropská síť podpory zdraví na pracovišti
ERI model	Effort Reward Imbalance model, Model nerovnováhy mezi úsilím a odměnami
EU	Evropská unie
ESOMAR	European Society for Opinion and Marketing Research Evropská společnost pro výzkum veřejného mínění a marketingový výzkum
GRR	General Resistance Resources, obecné zdroje odolnosti
ICC	International Chambre of Commerce Mezinárodní obchodní komora
JD-C model	Job Demand – Control model Model pracovních požadavků a kontroly
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
LTC	Long Term Care, dlouhodobá péče
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
OC	Overcommitment, nadměrná angažovanost
SOC	Sense of Coherence, smysl pro koherenci
SZÚ	Státní zdravotní ústav
WB	Well-being, osobní pohoda

ÚVOD

Láska k lidem musí být živena nekonečnou shovívavostí.

Karel Čapek

Přístup moderní společnosti ke stáří se od poloviny devatenáctého století zásadně proměnil. Vnímání stárnoucích jedinců jako vážených lidí, kteří nám mohou předávat cenné zkušenosti a od nichž se lze leccos přiučit, se v soudobých společnostech západního typu příliš nenosí. Mezigenerační komunikace vážne, vnoučata nejsou mnohdy zvyklá trávit čas společnými aktivitami s prarodiči, považují je za staré a nepotřebné. S tím souvisí proces defamilializace, který odráží pokles podílu rodiny na péči o stárnoucí příbuzné a přesunutí zodpovědnosti na komunitu, společnost, stát a jeho instituce (Jeřábek 2013, 2009; Glenn 2000).

Podle výzkumu sociologů Saka a Kolesárové má česká populace kritický postoj vůči připravenosti společnosti na stárnutí obyvatel. Až 72 % seniorů pochybuje o připravenosti české společnosti na stárnutí, v mladší populaci stejný názor zastává 66 % respondentů (Sak, Kolesárová 2012: 149). Tento nelichotivý obrázek dnešní doby je přizívován vzrůstajícím počtem osob seniorského věku, o něž se ekonomicky aktivní obyvatelé „budou muset postarat“, a proto jsou lidé v důchodovém věku považováni za brzdu prosperity tržních ekonomik. Zejména generace narozená před druhou světovou válkou, tedy lidé, kterým je dnes 75 a více let, je významným zdrojem úvah o nutných společenských změnách (Sak, Kolesárová 2012: 10). Sociologická optika se však neomezuje na ekonomický redukcionismus. Vnímá fenomén stárnutí populace jako složitý a multidimenzionální proces, který s sebou pro soudobé civilizace nese sociální, kulturní, ekonomické, politické, zdravotní a další důsledky.

Se stárnutím populace jde ruku v ruce potřeba zajištění odpovídající dlouhodobé péče o křehké jedince se sníženou soběstačností. V zemích Evropské unie se hovoří o potřebách spojených s dlouhodobou péčí jako o jednom z nových sociálních rizik (Průša 2011: 9). V rámci debat se pozornost zaměřuje zejména na optimalizaci způsobů a forem

poskytování dlouhodobé péče a na efektivní uspokojování potřeb jejích příjemců (Malina 2012). Podle předpokladů Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) se mezi lety 2010-2050 v rámci jejích členských zemí zdvojnásobí počet osob starších osmdesáti let, kdy ze současných 4 % vzroste na téměř 10 % (Colombo, Mercier 2011). Navíc, přibývá osob ve starším věku žijících v domácnosti osamoceně s významným rizikem potřeby profesionální sociální a zdravotnické pomoci (Tjadens, Colombo 2011). Aktuální zpráva Evropské komise o prognózách stárnutí populace v Evropské unii (EU) mezi lety 2013 a 2060 hovoří o výrazném nárůstu osob starších 65 let vůči osobám ve věku 15-64 let. Z 27,8 % podílu starší vůči mladší skupině v roce 2013 se má tento podíl zvýšit na 50,1 % v roce 2060. Ještě výraznější nárůst podílu osob starších 65 let bude vůči nejmladším osobám do 14 let, kdy tento podíl vzroste ze současných 51,4 % na 76,6 % v roce 2060 (The 2015 Ageing Report: 144).

Na výše zmíněné demografické a sociální změny musí reagovat plánování procesů a forem zajištění péče o dlouhodobě nemocné a nesoběstačné členy společnosti včetně navýšení počtu formálních pečujících. Jejich množství se má dle OECD do roku 2050 zdvojnásobit (v ČR dokonce ztrojnásobit) a jejich podíl na HDP spojený s tímto navýšením se dle propočtů OECD může vyšplhat ze současných 1,2 % až na 2,4 % (evropské země OECD) a na 2,9 % (země OECD mimo Evropu) v roce 2050 (Colombo, Mercier 2011). Z těchto důvodů se vlády členských zemí snaží o ekonomické zefektivnění formální dlouhodobé péče, respektive její nejdražší části, kterou je rezidenční péče (Trigg 2011). Ačkoli se z hlediska ekonomického i psychologického ukazuje být snaha o setrvání starších osob v domácím prostředí jako vhodnější, v mnoha případech pro péči v domácím prostředí nejsou podmínky. Zde nastupuje potřeba institucionálních forem péče spolu se zajištěním dostatečného množství kvalifikovaných pracovníků v dlouhodobé péči (Siegrist, Rödel 2005).

Tito pracovníci mají nelehkou úlohu. Kromě rutinních činností spojených s každodenní péčí se od nich očekává navázání vztahů a zaangažování do osudů svých klientů/pacientů. Záleží na individuálních předpokladech, profesionálních kompetencích, ale i odvaze pečujících, nakolik se dokážou vcítit do příběhů starých a často osamělých lidí tak, aby jim byli duševní oporou a zároveň dokázali chránit sami sebe před stresem a

vyčerpáním. K prevenci syndromu vyhoření¹ jim může pomoci přesvědčení o tom, že jejich práce má smysl. Pokud ve svém okolí cítí pozitivní atmosféru a podporu, mohou svou práci vykonávat zodpovědně po dlouhý čas (Maroon 2012). Řada výzkumů však ukazuje, že se jim zatím příliš mnoho uznání nedostává (Dudová 2015; Jirkovská, Janečková 2013; Krajic et al. 2010; Begat et al. 2005; Bakker et al. 2000).

Předmětem disertační práce je teoreticko-empirická reflexe pracovní situace profesionálních pečujících v zařízeních dlouhodobé péče se zaměřením na podporu jejich zdraví. Reaguje na soudobé sociodemografické trendy a zvýšenou potřebu zabývat se tímto aktuálním a společensky palčivým tématem. Obecným cílem práce je přispět k diskusi o rizicích současného stavu dlouhodobé péče v České republice prostřednictvím výzkumu, který mapuje pracovní situaci profesionálů ve vybraných zařízeních dlouhodobé péče. Konkrétnějším cílem empirické části práce je verifikace modelu Effort Reward Imbalance (ERI) J. Siegrista a obecně rozšířeného konceptu well-being na našem výzkumném souboru. Ověření platnosti modelu ERI nebylo doposud v České republice provedeno, ačkoli je tento model již dvě desítky let jedním z nejvyužívanějších nástrojů při mapování pracovního stresu a je hojně využíván v zahraničí badateli i zaměstnavateli, kteří usilují o zlepšení pracovních podmínek a podporu zdraví svých zaměstnanců (Siegrist 2008; Siegrist et al 2006). Specifickým cílem empirické části práce je poskytnutí dílčích výsledků výzkumu vedoucím pracovníkům a respondentům ve spolupracujících zařízeních dlouhodobé péče.

Text práce je rozdělen na čtyři obsáhlejší části. V první z nich se budeme nejdříve věnovat popisu a charakterizaci pojmů podpora zdraví a dlouhodobá péče, se zdůrazněním jejich sociologických souvislostí. Následně představíme dva teoreticko- metodologické koncepty, na nichž jsme postavili výzkumné otázky a hypotézy. Jedná se o již zmíněný model ERI, který vyvinul soudobý německý sociolog Johannes Siegrist. Model porovnává subjektivně vnímanou rovnováhu mezi úsilím vkládaným do pracovní činnosti a mezi rozličnými odměnami, které zaměstnanec z práce získává. Ve výzkumech Siegrista a

¹ Jak uvádí Kebza a Šolcová, „jako burnout („vyhoření“, či „vyhasnutí“) bývá popisován stav emocionálního vyčerpání vzniklý v důsledku nadměrných psychických a emocionálních nároků. Nejprve byl popsán u některých zaměstnaneckých kategorií pracujících s jinými lidmi (zvl. u lékařů, zdravotních sester, učitelů, policistů, což byly profese, na něž byl od počátku zaměřen zájem psychologů). Později se ukázalo, že burnout syndrom se vyskytuje též v dalších zaměstnaneckých kategoriích (např. u advokátů, pojišťovacích agentů, poštovních úředníků, sociálních pracovníků atd.) a že se dokonce objevuje i v kategoriích nezaměstnaneckých“ (Kebza, Šolcová 2003: 7-8).

kolegů bylo prokázáno, že pocit nevyváženosti těchto dvou složek pak s sebou nese zdravotní a psychosociální následky. Jedním z psychosociálních důsledků pocitu dlouhodobé nevyváženosti vysokého pracovního úsilí a nedostatečných odměn může být snížení osobní pohody, neboli well-beingu. Tato veličina bude tvořit druhý stěžejní koncept našeho výzkumu. V odborné literatuře se setkáváme s řadou dílčích indikátorů, z nichž pro účely této práce vybíráme následující tři dimenze: sociální, psychickou a fyzickou (Van Vegchel et al. 2005, 2001; De Jonge et al. 2000).

Druhá část práce představí metodologii provedeného výzkumu. Definujeme hlavní a dílčí výzkumné cíle. Z nich budou vyvozeny výzkumné otázky a pracovní hypotézy. Jelikož výzkum proběhl ve dvou fázích, zmíníme náš postup při obou z nich. Metodologickou část završíme upozorněním na etické zásady, kterých jsme se během výzkumného procesu drželi. V návaznosti na popis metod přejdeme k analytické části. V ní se nejprve zaměříme na výstupy z kvalitativní fáze, která byla provedena formou ohniskových skupin. Poté budeme analyzovat kvantitativní data získaná z dotazníkového šetření, v souladu se dříve definovanými výzkumnými otázkami a hypotézami. Porovnáme je se zahraničními studiemi, které rovněž testovaly platnost modelu ERI na rozličných souborech respondentů. Výsledky doplníme dalšími analýzami dat, která jsme ze zadaných dotazníků vytěžili. V poslední části disertační práce shrneme hlavní analyzované výsledky a doplníme je komentáři. Upozorníme také na limity našeho výzkumu, které je při interpretaci výstupů potřeba reflektovat.

Těžištěm některých částí disertační práce jsou průběžně zpracované a již dříve publikované články, vycházející z výsledků našich výzkumů a jejich teoretického ukotvení. Přehled těchto článků najde čtenář v závěrečné části seznamu literatury.

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Východiska disertační práce vymezíme ve čtyřech kapitolách, které zasazují zvolené téma do teoretického rámce. V první kapitole představíme pojem podpora zdraví, jeho sociologické základy a jak je aplikován v dokumentech WHO. Podrobněji se zaměříme na podporu zdraví zaměstnanců a na jejich pracovní podmínky. Následuje část popisující téma dlouhodobé péče jako závažného společenského problému, která se bude mimo jiné věnovat opomíjenému tématu zaměstnanců ve službách, které dlouhodobou péči poskytují. V další podkapitole nastíníme hlavní úskalí spjatá s fungováním systému dlouhodobé péče v České republice. Třetí kapitola teoretické části podrobně informuje o modelu Effort Reward Imbalance, který tvoří stěžejní prvek použité metodologie. Model popisuje vztah subjektivně vnímané vyváženosti či nevyváženosti mezi úsilím, které zaměstnanci vkládají do práce a pociťovanými odměnami, které za práci dostávají. Dále rozebírá důsledky této (ne)rovnováhy. Teoretická východiska zakončíme prozkoumáním pojmu well-being, který je v českém prostředí překládán jako osobní pohoda. Po jeho definování a popisu se budeme věnovat výzkumům, které kombinují model Effort Reward Imbalance a well-being. Tyto výzkumy byly inspirací pro naše vlastní šetření, kterému se budeme věnovat v druhé části této práce.

1.1 Podpora zdraví a její sociologické souvislosti

Podpora zdraví byla od počátku vnímána jako multidimenzionální koncept. Jednou z nejpodstatnějších dimenzí podpory zdraví je oblast sociální. O její zdůraznění se zasloužil významný sociolog medicíny dvacátého století Aaron Antonovsky. Proto popíšeme v úvodu kapitoly jeho pojetí podpory zdraví. V další části pak uvedeme současnou definici podpory zdraví podle Světové zdravotnické organizace a zmíníme historický vývoj tohoto konceptu. Rovněž se dotkneme tématu přístupů k podpoře zdraví jak na obecné rovině, tak na konkrétní úrovni její praktické realizace. V poslední části kapitoly se zaměříme na podporu zdraví na pracovišti v souvislosti s pracovními podmínkami zaměstnanců. Tato oblast podpory zdraví bude klíčová v našem empirickém šetření.

1.1.1 Sociologické pojetí podpory zdraví v díle Aarona Antonovského

K vědění v oblasti sociologie medicíny, podpory zdraví a veřejného zdravotnictví přispěl zcela zásadním způsobem sociolog Aaron Antonovsky (1923 – 1994). Narodil se v New Yorkské čtvrti Brooklyn v rodině rusko - židovských imigrantů. Po studiích v Americe se přesunul do Izraele, kde v šedesátých letech dvacátého století uskutečnil svůj nejvýznamnější výzkum židovských žen a sociokulturních aspektů jejich zvládání menopauzy. Během své bohaté vědecké kariéry navštívil také Prahu v roce 1991 v rámci kongresu o mentálním zdraví v evropských rodinách (Lindström, Eriksson 2006: 239-240).

Antonovského nejvýznamnějším přínosem bylo zkoumání v oblasti salutogeneze. Jeho teorie se stala mezníkem v přístupu k lidskému zdraví nejen jako absenci nemoci, ale jako komplexu mnoha faktorů ovlivňujících životy jedinců. Důraz položil na zdraví jako dynamický fenomén pohybující se na kontinuu zdraví-nemoc, jako na důležitý zdroj, který může být v každém okamžiku podporován a rozvíjen. Zmíněné pojetí zdraví přijala pro svou definici podpory zdraví světová zdravotnická organizace, o které bude pojednávat další kapitola. Salutogeneze je nauka o původu a zrodu zdraví, o jeho podpoře a posilování. Podle českého psychologa Petra Moose se *„salutogeneze soustřeďuje na sledování a popis zdraví, studuje jedince, kteří vykazují jednoznačně projevy zdraví, zaměřuje se především na ty, kteří přežívají ve zdraví extrémní životní situace a snaží se zjistit, čím to je, že jejich zdravotní stav je na tak dobré úrovni“* (Moos 2014). Vymezuje se v protikladu k patogenezi, která se zaměřuje na mechanismy vzniku nemoci, její průběh a ukončení. Zatímco základní otázka patogenetického přístupu se táže, proč jsou lidé nemocní, salutogenní přístup se ptá, proč jsou lidé zdraví a proč se nacházejí či směřují k pozitivní části kontinua s krajními body zdraví a nemoci (Antonovsky 1987).

Salutogenní přístup se zaměřuje na dynamický vztah mezi jedinci a jejich okolím. Hlavním způsobem podpory zdraví na základě konceptu salutogeneze je udržování autonomie a participace jedinců na životě společnosti (Katz et al. 2000: 336). Z myšlenky salutogenního přístupu vychází sociální model zdraví, který k tradičnímu medicínskému pojetí zdraví jakožto výhradně biologické determinanty přidává další složky. Sociální model považuje lidské zdraví za kombinaci biologických předpokladů a sociálních, ekonomických, politických, psychologických, kulturních a environmentálních podmínek, v nichž člověk žije. Podle něj je pro zachování zdraví člověka nutná redukce nerovností ve zdraví a naopak podpora rovnosti (tamtéž: 32-35).

Jak píše Antonovsky ve své knize „Unraveling the mystery of Health: how people manage stress and stay well“ (1987), přivedla jej k myšlence salutogenetického modelu náhoda. Jakožto sociolog medicíny se na přelomu šedesátých a sedmdesátých let dvacátého století zabýval otázkou adaptace na klimakterium u žen z různých etnických skupin žijících v Izraeli. Součástí výzkumu byly otázky na duševní a fyzické zdraví těchto žen. Jedna ze sledovaných skupin se skládala z žen ze střední Evropy, kterých se víceméně náhodně dotázal, zda prošly koncentračním táborem. Porovnáním výsledků mentálního a fyzického zdraví žen bez zkušenosti s pobytem v koncentračním táboře a s touto zkušeností zjistil, že 29 % žen přeživších koncentrační tábor projevovalo dobré emocionální zdraví (žen bez této zkušenosti s dobrým emocionálním zdravím bylo 51 %). Výsledky týkající se fyzického zdraví byly podobné. Relativně vysoké procento žen těšících se v období klimakteria dobrému duševnímu a fyzickému zdraví přes hrůzné válečné zážitky z mládí ho přimělo k zamyšlení se nad tímto zdánlivým paradoxem. Dospěl k poznání, že lidé jsou během svého života neustále silněji či slaběji pod vlivem stresu a potýkají se s různými chorobami. Přesto si umí lidský organismus i v extrémních podmínkách zachovat relativně dobré fyzické a duševní zdraví. Z toho usoudil, že stres a chaos jsou nezbytnou součástí života a člověk se neustále pohybuje na kontinuu mezi zdravím a nemocí.

Na základě výše zmíněných úvah vytvořil Antonovsky dva vzájemně související koncepty. Prvním z nich byly tzv. General Resistance Resources (GRR, obecné zdroje odolnosti), druhým tzv. Sense of Coherence (SOC, smysl pro koherenci). GRR jsou biologické, materiální a psychosociální faktory, které usnadňují lidem vidění jejich životů jako konzistentních, strukturovaných a srozumitelných (Lindström, Eriksson 2006: 241). Typickými obecnými zdroji odolnosti jsou peníze, znalosti, zkušenosti, sebeúcta, zdravá životospráva, závazky, sociální podpora, kulturní kapitál, inteligence, tradice a pohled na život. Pokud má jedinec během svého života tyto zdroje k dispozici, může lépe zvládat životní nástrahy. Je přitom důležité, aby uměl tyto zdroje účelně využívat. K tomu slouží druhý Antonovského koncept – smysl pro koherenci. SOC vyjadřuje způsob vnímání a prožívání života a světa kolem, který umožňuje lidem úspěšně zvládat náporu stresu a navzdory tomu si uchovávat dobré zdraví. Utváří se dynamicky zhruba do třiceti let věku člověka, poté ho mohou ovlivnit a narušit pouze zcela zásadní životní změny.

SOC se dle Antonovského skládá ze tří stěžejních komponent (Janečková, Hnilicová 2009: 74; Antonovsky 1996: 15):

- komponenta kognitivní - porozumění světu (comprehensibility)
- komponenta behaviorální - kontrola, zvládnutelnost životní reality (manageability)
- komponenta motivační - pocit smysluplnosti konání (meaningfulness)

Pokud mají lidé smysl pro koherenci, znamená to, že rozumějí svému životu a životu ostatních ve světě, orientují se ve smyslu věcí a událostí. Mají pocit, že zvládají běh věcí a umí se úspěšně vypořádat se životními nástrahami. Cítí, že jejich život má smysl a svým působením ve světě směřují k cíli. Podle Antonovského se dá smysl pro koherenci uplatnit nejen na individuální rovině, ale též v rámci společenských skupin a celých společností. Je možné ho univerzálně využít pro jakoukoli kulturu a etnickou skupinu. Pro účely měření SOC vyvinul Antonovsky dotazník, který nazval „Orientation to Life“. Dotazník tvoří 29 položek. Během deseti let po svém vzniku v polovině osmdesátých let dvacátého století byl přeložen do 15 jazyků a využit ve dvou desítkách zemí (Antonovsky 1996: 16). Do českého jazyka přeložil dotazník v roce 1990 Jaro Křivohlavý (Paulík 2011).

Antonovsky ve zmíněné knize *Unraveling the Mystery of Health* (1987) shrnul salutogenetický přístup do několika bodů a vymezil jej oproti přístupům patogenetickému.

- člověk se ve svém životě pohybuje na kontinuu mezi póly zdraví – nemoc, není ani pouze zdravý, ani pouze nemocný, jak tvrdí dichotomické patogenní koncepce
- salutogeneze se dívá primárně na zdravé jedince a zaměřuje se na celý průběh jejich života včetně nemocí, ne pouze na etiologii prodělaných nemocí bez kontextu
- salutogenní přístup hledá spíše než rizikové faktory (patogeny) ty blahodárné (salutory), které přibližují člověka k pozitivnímu konci kontinua zdraví-nemoc, u rizikových faktorů nezkoumá jejich příčiny, ale možnosti jejich překonání a zvládnutí
- stresové faktory jsou považovány za všudypřítomné a nevyhnutelné, jejich důsledky ale nejsou nezbytně negativní, v některých případech mohou být pozitivní, pomohou snížit napětí, nebo zvýšit odolnost

- oproti patogenezi, která se orientuje primárně na hledání možností léčby konkrétních onemocnění a jejich prevenci, salutogeneze usiluje o posilování pozitivních prvků zdraví, zdrojů, které člověk v sobě má, aby se s nemocí aktivně vyrovnal, dokázal s ní žít nebo aby se dokázal přizpůsobit a překonat rizika prostředí, ve kterém žije
- salutogenní orientace se oproti patogenezi nezaměřuje na korelace mezi lidským konáním a nemocí (např. soustavným přejídáním a obezitou), ale snaží se objevit tzv. deviantní odchylky, to je trend zcela opačný. Ptá se, proč člověk, navzdory různým rizikům, kterým je vystaven, zůstává zdravým (proč člověk, který jí vydatnou stravu, obezitou netrpí)

Salutogenní orientace by měla tvořit podle Antonovského základní princip podpory zdraví. Ve svém článku „The salutogenic model as a theory to guide Health Promotion“ z roku 1996 konstatuje, že podpora zdraví podle salutogenních principů může mít pozitivní dopad nejen na lidské zdraví, ale i na ekonomiku. Tím, že lidé budou dbát o své zdraví, sníží se výdaje na léčbu nemocných a také se zvedne produktivita firem, protože méně absentujících pracovníků jim přinese vyšší zisky. Na druhou stranu lze podle Antonovského vznést námitku, že zdravější lidé se pravděpodobně budou dožívat vyššího věku a tudíž po odchodu do důchodu budou déle závislí na příspěvcích státu. Antonovsky z této kontroverze vyvozuje závěr, že podpora zdraví se nemá vnímat pouze v ekonomickém kontextu, ale spíše jako hodnota (Antonovsky 1996: 12). Je pravdou, že Antonovského vize o zdravém stárnutí a dlouhověké společnosti se stává realitou, jejíž ekonomické důsledky vedou v mnoha zemích k důchodovým reformám směřujícím k prodloužení výdělečné činnosti lidí a tím i jejich nezávislosti na státu.

1.1.2 Podpora zdraví v dokumentech Světové zdravotnické organizace

Jak jsme zmínili v předchozím textu, podle Antonovského by salutogenní přístup měl tvořit základ podpory zdraví. Světová zdravotnická organizace (WHO) považuje podporu zdraví za výchozí element veškerých svých aktivit a také za základ svého směřování a své filosofie. V současnosti je podpora zdraví definována WHO jako „proces umožňující lidem zvyšovat kontrolu nad jejich zdravím a zlepšovat jej. Zaměřuje se na

individuální chování v souvislosti s jeho sociálními a environmentálními podmíněnostmi“ (WHO 2015).

Myšlenka podpory zdraví byla poprvé v obecné rovině výrazněji veřejně reflektována v polovině osmdesátých let dvacátého století (Katz et al. 2000). Zasloužila se o to zejména Světová zdravotnická organizace, která v roce 1986 iniciovala první světovou konferenci podpory zdraví (Minkler 1989). Konala se v kanadské Ottawě a vzešel z ní klíčový dokument, Ottawská charta pro podporu zdraví (The Ottawa Charter 1986). V tomto dokumentu byla podpora zdraví definována jako *proces, který umožňuje lidem mít kontrolu nad vlastním zdravím, posilovat a zlepšovat jej*. Charta rovněž deklaruje, že úspěšná podpora zdraví vzniká při provázanosti zdravotnictví s dalšími vládními rezorty (např. sociálním, ekonomickým, environmentálním) a také ve spolupráci s nezávislými institucemi (např. průmyslem, médií, vzděláváním).

WHO ve svých zásadních programových dokumentech usiluje o podporu a zlepšení zdravotního stavu a snížení sociálních nerovností ve zdraví v celosvětovém měřítku. Ve svém programu Zdraví pro všechny v 21. století (Health21) zdůraznila tři základní hodnoty. Zdraví se považuje za fundamentální lidské právo. Další hodnotou je solidarita a rovnost ve zdraví prosazovaná cestou snižování rozdílů v úrovni zdravotního stavu jak uvnitř států, tak mezinárodně. Třetí hodnotu představuje participace a zodpovědnost jedinců, skupin, institucí a komunit za kontinuální zdravotní rozvoj (Health21: 8). V roce 2012 vznikl nový programový dokument WHO Health 2020, který obrací pozornost k pozitivům investování do zdraví občanů a k vytváření takových společností, ve kterých je zdraví včetně jeho podpory bráno jako nejvyšší hodnota. Obecným cílem dokumentu Health 2020 je významné zlepšování zdraví a osobní pohody populace, redukování nerovností ve zdraví, posilování veřejného zdraví a také vytváření zdravotních systémů orientovaných na lidi, které budou univerzální, spravedlivé, udržitelné a kvalitní. Dvěma hlavními strategickými cíli je snižování zdravotních nerovností mezi lidmi a lepší spolupráce vlád jednotlivých zemí na zdravotní politice (Health 2020 2012:3).

V roce 2000 definovaly autorky Katzová, Peberdyová a Douglasová pět obecných přístupů k podpoře zdraví. První z nich, tradiční medicínsko preventivní přístup, cílí na lékařskou intervenci za účelem snížení nemocnosti a úmrtnosti. Druhý behaviorální model apeluje na změnu chování populace. Propaguje změnu životního stylu, zdravější způsob života. Rizikem tohoto přístupu je tendence považovat jedince za původce vlastních

zdravotních potíží. Třetí pojetí se zaměřuje na zdravotní výchovu a vzdělávání lidí, aby byli kompetentní informovaně rozhodovat ve věcech svého zdraví. Čtvrtý model zplnomocňování (empowerment) má jedincům napomoci rozpoznat zdravotní rizika, kontrolovat podmínky vlastního života a také hájit a naplňovat své právo na zdraví. Poslední páté pojetí se týká společenských změn. Zdůrazňuje roli veřejné politiky, fyzického, sociálního a ekonomického prostředí, které ovlivňuje zdraví občanů (Janečková, Hnilicová 2009: 232; Katz et al. 2000:82-83). V této disertační práci se zaměřujeme na podporu zdraví podle pátého pojetí, tedy modelu společenských změn. Pomocí modelu Effort Reward Imbalance, který určuje zdravotní důsledky dlouhodobé nerovnováhy mezi pracovním úsilím a odměnami u zaměstnanců, se budeme snažit poukázat na pozitivní vliv změny pracovních podmínek na zdraví zaměstnanců.

Podpora zdraví jednak směřuje k populaci jako celku a uplatňuje se pomocí takových nástrojů, jako jsou zákony (např. Protikuřácký zákon, Zákon o ochraně veřejného zdraví), pomocí Celostátních preventivních programů (např. boj proti drogám) a pomocí Akčních plánů (např. Akční plán následné a dlouhodobé péče, Plán Alzheimer). K těmto opatřením patří i zákony týkající se bezpečnosti práce a ochrany zdraví na pracovišti.

Podpora zdraví má rovněž podobu specifických programů, které se zaměřují na konkrétní cílové skupiny (děti, senioři), témata (životní styl, kouření) či zdravotní problémy (AIDS, kardiovaskulární onemocnění, nádory). Tyto specifické programy jsou realizovány různými institucemi či nestátními organizacemi (např. program Zdravá škola, Zdravé město, Elpida či Život 90). Podpoře zdraví při práci se věnují projekty Zdravý podnik, Zdravá škola či Zdravá nemocnice. Do poslední zmíněné kategorie bychom mohli zařadit náš výzkum týkající se podpory zdraví pracovníků v dlouhodobé péči. Programy podpory zdraví se mohou zaměřovat také na život ve městech, který je v soudobé společnosti spojován s uspěchaným životním způsobem, vysokou mírou stresu, nedostatkem pohybu a s dalšími zdravotně rizikovými faktory.

1.1.3 Podpora zdraví na pracovišti

Podpora zdraví na pracovišti zahrnuje specificky zaměřené programy, projekty a iniciativy, které se týkají zlepšování zdraví pracovníků přímo na pracovištích nebo v souvislosti s prací. Patří sem všechny procedury a snahy zaměstnavatelů, zaměstnanců,

profesních skupin a celé společnosti za účelem zlepšování zdraví a osobní pohody pracujících. Na straně zaměstnavatelů se jedná se o aktivní přístup, který je orientován na péči o zdraví a na pohodu zaměstnanců s přihlédnutím k jejich osobním potřebám (Workplace Health Promotion for Employees 2010). Podle tohoto dokumentu obsahuje podpora zdraví na pracovišti následující oblasti:

- Zlepšování způsobů organizace práce - např. flexibilní pracovní doba, možnost celoživotního vzdělávání, pracovní rotace, obohacení práce
- Zlepšování pracovního prostředí - např. možnost zaměstnanců participovat na vylepšení jejich pracovního prostředí, nabídka stravování
- Podpora zaměstnanců v zapojení se do zdraví prospěšných aktivit - např. nabídka příspěvků na sport a relaxaci
- Podpora osobního rozvoje zaměstnanců - např. kurzy na zvládání pracovního stresu, zdravého životního stylu (Workplace Health Promotion for Employees 2010:1)

Podporu zdraví na pracovišti vytváří kontinuální postup, jehož dodržování přináší výhody všem, kteří jsou zapojeni do pracovního procesu. Patří k jedné z priorit mezinárodních institucí zabývajících se podporou zdraví. Na evropské úrovni je to například Evropská síť pro podporu zdraví na pracovišti (The European Network for Workplace Health Promotion, ENWHP).

Významným dokumentem, podle kterého se ENWHP řídí, je Lucemburská deklarace (Luxembourg Declaration on Patient Safety) o podpoře zdraví na pracovišti v Evropské unii z roku 1997, která byla aktualizována v roce 2007. Uvádí se v ní, že *podpora zdraví na pracovišti může fungovat díky společné snaze zaměstnavatelů, zaměstnanců a celé společnosti o zlepšování zdraví a osobní pohody lidí činných v pracovním procesu. Toho lze dosáhnout kombinací zlepšování organizace práce a pracovního prostředí, podněcováním aktivní participace zaměstnanců a podporou jejich osobního rozvoje* (Luxembourg Declaration on Patient Safety 2007, překl. BJ). Podle této deklarace jsou pro účinnou podporu zdraví na pracovišti důležité čtyři principy:

- Participace: zahrnutí všech aktérů působících v organizaci

- Integrace: podpora zdraví musí být začleněna do všech podstatných rozhodnutí na všech úrovních organizace
- Projektový management: všechny projekty a opatření v organizaci se mají provádět podle principu tzv. cyklu řešení problémů (problem-solving cycle). Cyklus probíhá v těchto krocích: analýza potřeb, nastavení priorit, plánování, zavedení, neustálá kontrola a evaluace.
- Komplexnost (comprehensiveness): Podpora zdraví na pracovišti zahrnuje individuálně orientovaná a environmentálně orientovaná opatření z různých oborů. Kombinuje strategii snižování rizik se strategií rozvoje ochranných faktorů a zdravotního potenciálu (tamtéž: 4).

Podle vymezení uváděného na webových stránkách Státního zdravotního ústavu (SZÚ) je podporou zdraví na pracovišti myšlen *„souhrn organizačních, vzdělávacích, motivačních a technických aktivit a programů zaměřených tak, aby podporovaly zdravý životní styl a vedly zaměstnance a jejich rodinné příslušníky k ozdravení vlastního životního stylu. Prakticky se může jednat například o zavádění nekuřáckých programů, osvětové dny zdraví, zvyšování pohybové aktivity, prevenci traumatického poškození z práce, programy na zvládání stresu, prevenci a kontrolu obezity, ozdravení výživy, prevenci nádorových, kardiovaskulárních a akutních respiračních onemocnění (SZÚ 2015)“*. Oproti výše zmíněné Lucemburské deklaraci postrádá tato definice poukaz na roli zaměstnavatelů, pracovních podmínek a bezpečnosti práce.

Státní zdravotní ústav vydal v roce 2005 manuál *„Kritéria kvality podpory zdraví na pracovišti“* (Lipšová, Šamánek a Vavřínová 2005). Dokument vychází ze stejnojmenného dvouletého mezinárodního projektu organizovaného Evropskou sítí pro podporu zdraví na pracovišti, který probíhal do roku 1999 (Quality Criteria of Workplace Health Promotion, BKK Bundesverband, Essen 1999). Cílem projektu bylo vytvoření kritérií, která budou sloužit k plánování, hodnocení a uplatňování programů na podporu zdraví na pracovišti, a to pro zaměstnavatele, vedení organizací, pracovníky v oblasti podpory zdraví a také pro externí auditory kvality. Z výzkumu vzešlo šest obecných oblastí, jejichž spojení tvoří komplexní měřítko kvality podpory zdraví na pracovišti. Pro účely měření kvality byl vytvořen sebehodnotící dotazník. Do těchto oblastí se řadí (1) podpora zdraví na pracovišti a politika závodu; (2) lidské zdroje a organizace práce; (3)

plánování podpory zdraví na pracovišti; (4) společenská zodpovědnost; (5) uplatňování podpory zdraví na pracovišti; (6) výsledky podpory zdraví na pracovišti.

Evropská síť podpory zdraví na pracovišti (ENWHP) deklaruje, že výsledkem souhry několika pracovních faktorů je tzv. zdravá práce. Tvoří ji komplex dobrého fungování organizačních hodnot, organizační kultury, leadershipu, organizace práce, jistoty práce, kvality pracovního prostředí a přístupu k jednotlivcům. Zdravá práce má dopad na kvalitu pracovního i mimopracovního života. Přispívá k lepší úrovni podpory zdraví v populaci a komunitách. Má rovněž vliv na výkon mikroekonomiky (produktivitu a inovace) a výkon makroekonomiky (efektivitu zdravotnictví, sociální oblasti, vzdělávání, konkurenceschopnost podniků na národní a evropské úrovni). Zároveň zdravá práce přispívá k sociální soudržnosti. Českou verzi těchto doporučení ENWHP zpracovala MUDr. Jarmila Vavřínová (Vavřínová 2006).

Zdravá práce je princip zastávaný v tzv. zdravých podnicích. Zdravé podniky kombinují podporu zdraví jednotlivců s ohledem na fyzické, psychické, environmentální, sociální a ekonomické prostředí, které je obklopuje. Zásady podpory zdraví by se měly vztahovat na veškeré podniky bez ohledu na jejich velikost, typ a formu financování. Podle doporučení ENWHP ve spolupráci s Finským institutem pracovního zdraví z roku 2006 by měly zdravé podniky zastávat principy sociálního dialogu a řídit se příklady dobré praxe. Těchto představ lze dosáhnout kombinací následujících opatření:

- lepší informovaností o bezpečnosti a zdraví při práci, motivováním pracovníků ke zdravému životnímu stylu, primární prevenci
- začleněním doporučení formulovaných v předchozím bodu do každodenní praxe
- operativnější spoluprací mezi zaměstnavateli a zaměstnanci ve věcech podpory zdraví
- zlepšením spolupráce mezi podniky a expertními poradenskými službami
- upřednostněním pružných řešení spolu se zajištěním zabezpečení (tamtéž: 3-4)

1.1.4 Pracovní podmínky a podpora zdraví zaměstnanců

Pracovní podmínky jsou v české legislativě formulovány v zákoně č. 262/2006 Sb. ze dne 21. dubna 2006, v rámci Zákoníku práce České republiky. Desátá část Zákoníku práce se týká péče o zaměstnance. Definiuje pracovní podmínky v obecné rovině, a tudíž

umožňuje zaměstnavatelům, aby mohli zaměstnancům věnovat péči ve větším rozsahu. Dělí se na čtyři hlavy, jejichž témata jsou pracovní podmínky zaměstnanců (§224 - §226), odborný rozvoj zaměstnanců (§227 - §235), stravování zaměstnanců (§236) a zvláštní pracovní podmínky některých zaměstnanců (§237 - §247).

Péče o zaměstnance zahrnuje v obecné rovině tři složky: povinnou, smluvní a dobrovolnou. Povinná péče vyplývá z pracovněprávních předpisů a je ustanovena Zákoníkem práce ČR. Smluvní péče je zakotvena v kolektivních a jiných pracovních smlouvách a dobrovolná péče vychází z personální politiky zaměstnavatele. Kombinace všech zmíněných složek má zaměstnancům vytvářet takové pracovní podmínky, které příznivě přispívají k jejich zdraví, pracovní spokojenosti a motivaci. Naplnění těchto předpokladů se pak zpětně odráží v odvádění požadovaného pracovního výkonu a stabilizaci zaměstnanců (Šikýř 2012: 153-188). Jedním z pomocných prvků mapujících pracovní podmínky a míru stresového zatížení zaměstnanců je psychosociální model Effort Reward Imbalance, o kterém pojednáme v další části disertační práce.

Podporu zdraví na pracovišti můžeme chápat v širším a užším slova smyslu. Zatímco podpora zdraví v užším smyslu představuje doplňující strategii péče o zdraví zaměstnanců, ochrana zdraví a bezpečnost práce jsou tím nejobecnějším požadavkem a jsou proto uzákoněny. I když je zavádění a uskutečňování aktivit podpory zdraví v užším slova smyslu pro zaměstnavatele dobrovolné, může podniku přinášet snížení krátkodobé i dlouhodobé pracovní neschopnosti. Jak ukazuje množství odborných studií, podpora zdraví může rovněž přispívat ke zlepšování kvality pracovního života, vyšší spokojenosti a motivovanosti zaměstnanců a k prevenci jejich profesního vyhoření (Maroon 2012; Siegrist, Rödel 2005; Van Vegchel et al. 2005; Pikhart et al. 2001; Bakker et al. 2000). Pokud zaměstnavatel vnímá potřeby svých pracovníků a snaží se o zachování a podporu jejich fyzického a psychického zdraví, vytváří tím pevný základ pro dlouhodobé dobré a efektivní fungování podniku s nižší mírou nemocnosti a fluktuace zaměstnanců (Lipšová et al. 2005). Nespornou výhodou podniků starajících se o podporu zdraví je také jejich lepší pověst a atraktivita u zaměstnanců, uchazečů i konkurence (tamtéž: 2). Význam aktivit spojených s podporou zdraví zaměstnanců bude vzrůstat se stárnutím populace a zároveň se zvýšenou potřebou ekonomicky aktivních obyvatel, kteří budou pracovat do pozdějšího věku.

1.2 Dlouhodobá péče a její sociologické souvislosti

Vzhledem k postupujícímu demografickému stárnutí populace, které se výrazně promítá do zdravotního stavu a vzniku závislosti mnoha jedinců na péči blízkých i společnosti, se v současnosti dlouhodobá péče stává jedním z hojně reflektovaných témat v celosvětovém měřítku. V této kapitole se nejprve zamyslíme nad sociologickými souvislostmi péče jako společenského fenoménu a poukážeme na roli rodinných pečujících. V následující části textu se zaměříme na definici dlouhodobé péče a na její pojetí ve významných světových a evropských dokumentech. Poté uvedeme některá úskalí spojená se současnou situací dlouhodobé péče v Evropě a v České republice. V další části charakterizujeme osoby pečující o seniory (v oblasti formální i neformální péče) a pojednáme o jejich současné situaci. Na závěr kapitoly popíšeme vybrané etické aspekty dlouhodobé péče se zvláštním zaměřením na otázku zachování lidské důstojnosti.

1.2.1 Sociologické pojetí péče a pečující společnosti

Koncept péče se v sociologickém diskursu zviditelnil v osmdesátých letech dvacátého století v souvislosti s rozvojem feministického výzkumu o rolích žen ve společnosti (Dudová 2015; Thomas 1993). V rozvinutých zemích se ženy začaly více prosazovat na trhu práce a tím měly méně času na poskytování domácí péče v takovém objemu, jako dříve (Dudová 2015: 15). Jak uvádí v přehledovém článku o sociologickém pojetí péče Carol Thomasová, péče byla od začátku pojmána jako multidimenzionální komplex. Autorka vyčlenila sedm sociologických dimenzí péče, v rámci nichž lze tento pojem analyticky uchopit.

První dimenzí péče je sociální identita pečujícího. Pečující mohou být definováni v souvislosti se svou sociální rolí v rodině (např. matka, manželka, dcera), nebo v souvislosti se svou pracovní rolí (např. zdravotní sestra, sociální pracovníce, dobrovolník). Pro většinu autorů je v rámci této dimenze nejpodstatnější jeho genderová specifikace – roli pečujících většinou zastávají ženy.

Druhou sledovanou dimenzí je sociální identita příjemce péče. Opečovávané osoby mohou být definovány v souvislosti s příslušností ke skupině, například na základě věku (staří lidé, děti apod.). Důležitějším sociálním identifikátorem však podle Thomasové je

status závislosti, který opečovávanou osobu přiřazuje k určité úředně ustanovené skupině se statusem závislosti (např. křehcí senioři, lidé s poruchami učení, chronicky nemocní).

Třetí dimenze péče se zaměřuje na typ vztahu mezi pečujícím a příjemcem péče. Může se jednat o neformální vztah příbuzenský, kdy o osobu pečuje rodinný příslušník (jiný člen rodiny), nebo vztah neformální nepříbuzenský, kdy pečuje známý, soused apod. Jiným typem je vztah formální či profesionální, kdy o osobu pečuje vyškolený pracovník za úplatu nebo jako dobrovolník.

Čtvrtou dimenzí je sociální kontext péče. V angličtině se slovo care/to care (péče/pečovat) užívá jednak ve významu činnosti (caring for someone - pečovat, starat se o někoho), jednak ve významu emocionálním (caring about someone – mít o někoho starost). Thomasová upozorňuje, že většinou autoři vnímají péči ve významu činnosti, ale někdy také ve významu emocionálním.

Pátá dimenze definuje způsob poskytování péče ve společnosti. Rozlišuje péči neformální (poskytovanou rodinou či blízkými osobami) a péči formální (poskytovanou profesionály).

Šestá dimenze úzce souvisí s předchozí, zaměřuje se však výhradně na ekonomickou charakteristiku péče, tedy zda je poskytována zdarma, nebo za úplatu.

Poslední sedmá dimenze péče v sociologickém kontextu se týká rozlišení míst, kde je péče poskytována. Nejčastěji se jedná o domácí prostředí, dále o různé typy institucí – nemocnice, ústavy, zařízení poskytující dlouhodobou péči a podobně.

Péče o nesoběstačné seniory poskytovaná v domácím prostředí rodinnými příslušníky byla předmětem rozsáhlého výzkumu, který v letech 2006-2007 realizoval tým na Fakultě sociálních věd Univerzity Karlovy pod vedením prof. Hynka Jeřábka. Jeho výsledky byly publikovány v Sociologickém časopise v roce 2009 a následně též vydány v publikaci Mezigenerační solidarita v péči o seniory (2013). Jeřábek mimo jiné porovnával dva modely péče o seniory a zkoumal, který je bližší českému prostředí. První model „rodinné péče“ převzal od britské autorky Hilary Graham (1983), která v osmdesátých letech dvacátého století přišla s konceptem péče, jako práce z lásky (caring – a labour of love). Model vyzdvihuje úlohu rodinné solidarity a soudržnosti při péči o blízké. Péče o staré rodiče tvoří přirozený koloběh života. Druhý model „osvobození rodiny od péče“, s nímž Jeřábek pracuje, se týká odlišného přístupu, kdy je rodina od péče

osvobožována a nahrazují ji instituce - dochází tak k tzv. defamilializaci péče. Odpovědnost (ale také právo rozhodovat o péči) přejímá společnost, tedy komunita a stát. Tento model popsala americká profesorka genderových studií Evelyn Nakano Glenn (2000).

Z výsledků Jeřábkovy výzkumu na reprezentativním souboru 1482 českých rodinných pečujících vyplynulo několik podstatných zjištění (Jeřábek 2013: 306). Rozsah péče poskytovaný rodinnými příslušníky odpovídá potřebám seniora a s jeho narůstajícím věkem se logicky zvyšuje. Pokud se péče o seniora dělí mezi více rodinných příslušníků, znamená to též rozložení psychické a finanční zátěže spojené s péčí. Česká situace více odpovídá modelu „rodinné péče“, jak ji popsala Grahamová (1983). Zároveň si mnozí rodinní pečující uvědomují, že do budoucna bude narůstat potřeba péče o jejich blízkého a oni nebudou sami schopni zvládat veškeré povinnosti s péčí spojené. Proto je na místě uvažovat o dalších formách pomoci nesoběstačným seniorům jako doplňcích k péči rodiny, která by měla zůstat základem. Jeřábek konstatuje, že vzhledem k narůstajícímu počtu starších osob potřebujících péči se jako optimální jeví tzv. hybridní forma péče o seniory, neboli sdílená péče, kdy „...*současné pečující rodiny akutně potřebují pomoc (soukromých pečovatelských služeb), které by doplnily rodinné pečovatele/pečovatelky všude tam, kde na péči sami/y nestačí. Hybridní formy péče o seniory považujeme tedy za způsob řešení, který může být slučitelný s rodinnou péčí o seniory za předpokladu, že rodina zůstane aktivní, ponechá si odpovědnost a bude rozhodovat všechny významné otázky týkající se péče o své seniory*“ (Jeřábek 2009: 246).

Výsledky výzkumu popsaného výše korespondují se současnými trendy v oblasti dlouhodobé péče, které směřují k refamilializaci, to je k návratu péče do přirozeného prostředí, do domácností starých lidí, do rodiny a komunity (Čevela, Kalvach, Čeledová 2012:193; Kotrusová, Janečková, Angelovská, Dobiášová 2012: 11). Podpoře pečujících rodin je v současnosti věnována zvýšená pozornost, např. v projektu Diakonie Českobratrské církve evangelické s názvem Pečuj doma. Cílem projektu je pomoc rodinným pečujícím s domácí péčí o jejich blízké. Na webové adrese www.pecujdoma.cz mohou pečující nalézt množství praktických informací, návodů, videí a odkazů, které jim usnadní péči. Také MPSV podpořilo rozsáhlý výzkumný projekt zaměřený na podporu neformální péče v rodinách realizovaný Fondem dalšího vzdělávání MPSV v letech 2014-2015. Výsledky výzkumu a další výstupy tohoto projektu, včetně příruček pro pracovníky veřejné správy a pro rodinné pečující, lze nalézt na tomto odkaze:

<http://fdv.mpsv.cz/cz/p/cinnosti-fdv/ukoncene-projekty-a-cinnosti/19-podpora-neformalnich-pecovatelů> (Podpora neformálních pečovatelských služeb 2015).

Přesto, že je rodinná péče o seniory upřednostňována, zůstává institucionální péče významnou součástí spektra poskytovaných služeb a pro určité cílové skupiny je jediným možným řešením jejich životní situace. Jak zdůrazňují v článku o roli rodinných vztahů v institucionální péči o seniory H. Janečková a R. Nentvichová Novotná, přestěhování seniora do instituce dlouhodobé péče znamená zásadní životní změnu a nemělo by zpřetrhat jeho rodinné vazby, které spolu s dalšími sociálními pouty tvoří základ jeho identity (Janečková, Nentvichová Novotná 2013: 76). Přejít seniora do pobytové služby není traumatizujícím zážitkem jen pro seniora samotného, ale často také pro rodinné příslušníky, kteří již nebyli schopni se o něj postarat v domácím prostředí. „*Zachování a podpora rodinných vazeb pro seniory v pobytových sociálních i zdravotnických zařízeních sehrává klíčovou roli v kvalitě jejich života a ve spokojenosti s péčí a představuje důležitou složku humanizace institucionální péče*“ (tamtéž: 72). Pokud se podaří v průběhu pobytu seniora v instituci spolupracovat s rodinou a umožnit jí, aby se podílela dle svých možností na péči o svého blízkého, dochází dle autorek k zachování dosavadních sociálních vazeb. Zároveň je vytvořen prostor, aby si rodina udržovala svůj sociálně ekonomický status a nevyhořela v důsledku náročné soustavné péče o svého blízkého, která přesáhne její možnosti.

Dilema rozhodování mezi péčí o křehkého seniora v domácím prostředí a mezi jeho umístěním do instituce, řeší v současnosti řada rodin. Při zvažování této situace vstupuje do hry řada faktorů, mezi nimi také citové či morální pouto rodiny vůči blízkému v konfrontaci s jejími reálnými časovými, prostorovými, finančními a dalšími možnostmi poskytování péče doma. Podle konceptu intergenerační ambivalence, vytvořeného K. Lüscherem a K. Pillemerem na konci dvacátého století, vytvářejí vztahy mezi rodiči a dětmi jak solidaritu, tak konflikty (in Sýkorová 2006: 688-689). Vyvažování solidarity a konfliktu má základ v teorii sociální směny (Dudová 2015: 20), ze které rovněž vychází model Effort Reward Imbalance, o kterém podrobně pojednáme v samostatné kapitole. Typickou situací, kdy se solidarita a konflikt mohou střetávat, je narůstající závislost stárnoucích rodičů na dětech. Jak píše Sýkorová, ambivalence mezi generacemi jsou vyvolány touhou stárnoucích rodičů po nezávislosti na jedné straně a jejich narůstající nesoběstačností na druhé straně, která je spojena s očekáváním podpory od potomků. U dospělých dětí se projevuje konflikt v rovině biologické (pouto mezi nimi a rodiči),

v rovině socializační (byly vychovávány k převzetí role pečovatele) a v rovině konkurujících si rolí (dítě, rodič, manžel/ka) a musí neustále zvažovat optimální variantu péče v rámci zmíněných rovin (Sýkorová 2006: 689).

Teoretický koncept intergenerační ambivalence byl podpořen závěry sociologického výzkumu s názvem *Senioři ve společnosti. Strategie zachování osobní autonomie*, která provedla Dana Sýkorová mezi lety 2002-2004. Autorka zkoumala vnímání autonomie seniorů v české společnosti z pohledu stárnoucích rodičů a jejich dospělých dětí. Ukázalo se, že senioři se snaží zachovávat si svou autonomii, zároveň však očekávají pomoc svých potomků. V případě, že takovou pomoc potřebují, snaží se ji svým dětem recipročně vyvažovat, především financemi. Dospělé děti sice oceňují, že jejich rodiče se snaží je nezatěžovat a být maximálně samostatní, zároveň však poukazují na jejich tvrdohlavost. Děti považují péči o své rodiče za morální povinnost, ale uvědomují si limity, které mohou objem poskytnuté péče ze subjektivních i objektivních důvodů omezovat. Ambivalence se projevuje také ve vyjednávání participace na péči o stárnoucí rodiče mezi sourozenci. „*Sourozenci „hlídají“ fairness svých podílů vzhledem k časovým možnostem, geografické proximitě, eventuálně kompetenci, zdrojům, genderu či reálnému nebo anticipovanému podílu na dědictví. Zjevně srovnávají, váží rozsah angažovanosti vůči sobě navzájem i vůči uznání projevenému rodičem tomu či onomu dítěti. Nezřídka prožívají pocity nepřiměřenosti nároků rodičů, nespravedlnosti rodičovských „odměn“, tj. nedostatku uznání a nepochopení z jejich strany, a tím i sourozeneckou rivalitu*“ (Sýkorová, 2006: 693–694). Jak Sýkorová dodává, nakonec však některé z dospělých dětí rodičům vždy pomůže, přestože svůj podíl na péči vzhledem k sourozencům pociťuje jako nepřiměřený.

Péče dospělých dětí o stárnoucí rodiče je reflektována také v aktuálně vydané knize socioložky Radky Dudové s názvem *Postarat se ve stáří: Rodina a zajištění péče o seniory*. Autorka analyzuje současný politický a mediální diskurz péče o seniory v ČR a porovnává jej s výsledky vlastního kvalitativního výzkumu rodinných pečujících. Zaměřuje se na paradoxy, které vznikají z mediálních kampaní zdůrazňujících odpovědnost rodiny za péči o seniory na jedné straně a reálné problémy se zajištěním adekvátní péče rodinnými příslušníky v domácím prostředí na straně druhé. Dudová se v knize zamýšlí nad tím, zda se má stárnoucí společnost do budoucna ubírat směrem neformální péče o seniory s primární odpovědností rodinných příslušníků, jak deklarují současná média a jaká rizika jsou s tímto řešením spojena. Vychází přitom z autentických

výpovědí respondentů pečujících o své blízké. Konstatuje, že mezigenerační solidarita se má ve vyspělém sociálním státu odehrávat na úrovni celé společnosti a jednotlivých generací a nikoli pouze na úrovni jednotlivých rodin. Aby bylo možno zajistit důstojné stárnutí občanů, je vhodné kombinovat péči rodinných příslušníků s veřejnou státní podporou tak, aby bylo nalezeno vhodné řešení pro křehké seniory a jejich rodiny v rozličných životních situacích (Dudová 2015: 167).

1.2.2 Pojetí dlouhodobé péče

Dlouhodobá péče (Long Term Care, LTC) označuje „komplex služeb, které potřebují lidé s dlouhodobě omezenou soběstačností..., určité spektrum služeb určených lidem závislým na pomoci v některých ze základních sebeobslužných aktivit (hygiena, oblékání, schopnost použít toaletu, schopnost najíst se samostatně, přesunout se z postele či křesla)“ (OECD, citováno dle Válková, Korejsová, Holmerová 2010: 22). Podle obecnější definice uváděné Světovou zdravotnickou organizací se dlouhodobá péče definuje jako aktivity poskytované druhými, které zajišťují, že lidé se ztrátou (nebo rizikem ztráty) vlastní soběstačnosti si mohou zachovávat úroveň vlastních schopností v souladu se svými základními právy, svobodami a lidskou důstojností. Jinak řečeno, dlouhodobá péče označuje prostředky, díky kterým stárnoucí lidé s významnou ztrátou svých kapacit mohou stále „zdravě“ stárnout (*World Report on Ageing and Health* 2015: 127).

Péče zaměřená na podporu osob v základních sebeobslužných aktivitách musí být v případě dlouhodobého onemocnění či postižení doplněna potřebnou zdravotní péčí, která obsahuje jednak ošetrovatelskou péči (např. ošetřování ran, léčba bolesti, podávání léků, monitorování zdravotního stavu), jednak preventivní, rehabilitační nebo paliativní péči (Wija 2012). Na základní sebeobslužné aktivity navazují tzv. instrumentální aktivity denního života. Týkají se např. péče o domácnost, užívání léků, nakupování, přípravy jídla, dopravy k lékaři, na úřady apod. Instrumentální aktivity denního života zahrnují pomoc a podporu v domácnosti nebo poskytnutí speciální pomůcky. Mohou obsahovat také pomoc rodinným pečovatelům, např. respitní (odlehčovací) péči (Wija 2012: 3).

Stav osoby nárokuje dlouhodobou péči je relativně stabilní a trvalý, ať už se jedná o chronické onemocnění, nebo fyzickou či duševní formu zdravotního postižení. Zatímco

cílem zdravotní péče je změna v podobě zlepšení zdravotního stavu pacienta, cílem dlouhodobé péče je kompenzace trvající nesoběstačnosti (Válková, Korejsová, Holmerová 2010: 23). Služby dlouhodobé péče zahrnují dva okruhy na sebe navazujících, vzájemně se prostupujících, komplementárních a kontinuálně uplatňovaných služeb. Jde o (1) služby dlouhodobé ošetrovatelské (zdravotní) péče a (2) služby dlouhodobé sociální péče. První skupina služeb zpravidla pomáhá klientům/pacientům v oblasti zdravotních potřeb (ošetřování ran, dekubitů, léčba bolesti, aplikace injekcí, hodnocení zdravotního stavu, komunikace s lékařem apod.). Druhá skupina služeb poskytuje pomoc se sebeobslužnými aktivitami a tzv. instrumentálními aktivitami denního života. Oba typy péče mohou probíhat jak v domácím prostředí, tak v rezidenčním zařízení (Válková, Korejsová, Holmerová 2010: 26). Oba typy péče mohou vykonávat jak profesionálové, tedy zdravotní sestry, zdravotní asistenti, psychologové, sociální pracovníci, pečovatelé, fyzioterapeuti, aktivizační pracovníci, také rodinní příslušníci a další neformální pečující. Z uvedeného spektra profesionálů se v našem výzkumu budeme věnovat především zdravotním sestrám a pečovatelům, kteří představují nejpočetnější skupinu.

Uživateli dlouhodobé zdravotně sociální péče jsou nejčastěji lidé vyššího věku. Věková hranice se stanovuje u různých autorů odlišně, obvykle nad 65 let (Hennessy et al. 2005: 25), ale i nad 75 let (Čevela, Kalvach, Čeledová 2012). S rostoucím průměrným věkem populace a zlepšujícím se zdravotním stavem se však zvyšuje průměrný věk klientů dlouhodobé péče. Jak uvádí Petr Wija v přehledovém článku o kapacitě a struktuře dlouhodobé péče v České republice, *„s tímto vývojem by měla být spojena také žádoucí „geriatrizační“ či alespoň citlivá geriatrická modifikace a adaptace zdravotních a sociálních služeb a to nejen ve smyslu personálního vybavení týmu (profesí a jejich dovedností), ale také ve smyslu režimu v těchto zařízeních, jakož i kvality a struktury jejich prostředí“* (Wija 2013: 126-127). Z hlediska struktury personálu v zařízeních dlouhodobé péče to znamená, že kromě navýšení počtu pracovníků se též budou muset více specializovat na pomoc klientům postiženým degenerativními onemocněními, jejichž počet bude neustále narůstat.

Jak již bylo zmíněno, dlouhodobá péče je nabízena buď v domácím prostředí, nebo v institucích. Ačkoli síť terénních sociálně zdravotních služeb není dosud zcela funkční ve své komplexnosti a návaznosti (Kalvach 2014), lze říci, že významné prvky péče o seniory v komunitě již u nás existují. Pokud nemocný, osamělý, nebo jinak ohrožený člověk setrvává ve svém vlastním domově, má v případě zdravotních či psychických potíží k dispozici

několik linek telefonické krizové a informační podpory (např. linka tísňového volání Života 90 Arion, krizová linka pro seniory provozovaná sdružením Elpida aj.).

Mezi další sociální služby poskytované v komunitě patří služby osobní asistence, pečovatelské služby, odlehčovací služby, denní centra a stacionáře. Zdravotní péči zajišťují agentury domácí zdravotní péče poskytované podle Zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. (§ 10b) a financované ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění na základě předpisu praktického lékaře nebo ošetřujícího lékaře při propuštění z nemocnice (podle § 22 Zákona o veřejném zdravotním pojištění č. 48/1997 Sb.).

Základem institucionální dlouhodobé péče o seniory jsou pobytové sociální služby. V případě, že pacient nemá možnost setrvat v domácím prostředí, je možné poskytnout mu institucionální péči krátkodobého či trvalého charakteru. Senior, který je v péči rodiny, může docházet do denních nebo týdenních stacionářů a center, kde je mu za úplatu poskytována asistence a odborná pomoc. Dočasnou formu péče zajišťují pobytové odlehčovací služby, domovy pro seniory či domovy se zvláštním režimem, případně sociální služba ve zdravotnických zařízeních. Léčebny dlouhodobě nemocných tvoří základ dlouhodobé péče ve zdravotnictví. Zaměstnanci léčeben dlouhodobě nemocných tvoří součást našeho výzkumného vzorku a budeme jim proto věnovat vyšší pozornost v analytické a diskusní části práce.

Historicky se myšlenka dlouhodobé péče v rámci euro atlantského prostoru formovala postupně. Prvním významným milníkem byl Vídeňský dialog v osmdesátých letech dvacátého století, který kritizoval neudržitelnost dřívějších modelů vzhledem k jejich zastaralosti a k demografickému vývoji (Čevela, Kalvach, Čeledová 2012: 176). V rámci Vídeňského dialogu se definovalo několik obecných principů, kterými by se další vývoj dlouhodobé péče měl řídit. Jednalo se o následující body (Čevela, Kalvach, Čeledová 2012: 177):

- Deinstitutionalizace – maximální omezení počtu velkých ústavů a směřování ke komunitní péči
- Desektorializace – větší flexibilita systému, lepší spolupráce mezi zdravotním a sociálním rezortem
- Deprofesionalizace – podpora rodin v péči o své blízké, podpora dobrovolnictví

- Demedicinalizace – omezení samoučelných zdravotnických výkonů
- Prevence potřeby dlouhodobé péče - podpora zdraví a předcházení omezení a ztrátě soběstačnosti

Naplnění výše zmíněných obecných principů představuje cestu k dosažení optimálního stavu v oblasti dlouhodobé péče. V následující kapitole upozorníme na některá úskalí, která v soudobé Evropě včetně České republiky tvoří na této cestě překážky.

1.2.3 Úskalí v oblasti dlouhodobé péče v Evropské Unii a v České republice

Obecné cíle a principy směřování dlouhodobé péče, definované ve Vídeňském dialogu již v 80. letech 20. století, jsou základem pro sestavování všech následujících mezinárodních dokumentů, které určují hlavní priority vývoje v této oblasti. Komplexní a systémové řešení problematiky dlouhodobé péče je ztěžováno celou řadou demografických, sociálních, politických, ekonomických a dalších faktorů, které se mění a rozvíjejí v čase stejně tak, jako celá společnost. Není snadné přesně zmapovat budoucí potřeby v oblasti dlouhodobé péče s ohledem na demografické trendy a na vývoj zdravotního stavu obyvatelstva. Rovněž nelze odhadovat vývoj vládních politik v sociální a zdravotní oblasti včetně dopadu budoucích politických rozhodnutí na zdravotnické a sociální systémy (Čevela, Kalvach, Čeledová 2012: 182; Trigg 2011:1).

Přes tyto nepředvídatelné dopady vývoje společnosti se Evropa snaží směřovat v oblasti dlouhodobé péče k zajištění budoucích potřeb stárnoucích obyvatel. Některé z těchto potřeb byly formulovány v podobě strategických cílů dlouhodobé péče v konzultačním materiálu o plánování dlouhodobé péče v Evropské unii z roku 2008 (Dlouhodobá péče v Evropské unii 2008). Jeden z úkolů, který zdůrazňuje ve zmíněném materiálu Evropská unie, se dotýká nutnosti vyšší individualizace péče spojené s lepší ochranou důstojnosti jejích příjemců. To se týká zejména kvality péče o osoby postižené demencí, jejichž počet výrazně narůstá. Podle analýzy České alzheimerovské společnosti žilo v roce 2013 v ČR 143 tisíc osob s diagnózou demence (Mátl, Holmerová, Mátlová 2014: 12). Očekává se, že budou vytvářeny lepší podmínky pro možnost rozhodování

klientů a jejich rodinných příslušníků, pokud jde o výběr vhodných a individuálně přizpůsobených služeb dlouhodobé péče.

Jedním z největších úskalí, kterému čelí sektor dlouhodobé péče v řadě evropských zemí včetně České republiky, je segmentace pravomocí, kompetencí a odpovědností mezi ministerstva zdravotnictví a ministerstva práce a sociálních věcí. Strategickým cílem by mělo být překlenování těchto diskrepancí. Základní představy týkající se dlouhodobé péče zdůrazňují nutnou integraci zdravotních a sociálních služeb a jejich funkční propojení na všech úrovních – na úrovni obcí, krajů i na úrovni sociálně zdravotní politiky vlády. Cílem je vhodné sladění dostupnosti služeb dlouhodobé péče s potřebami seniorů a všech osob se zdravotním postižením i jejich rodinných pečujících na konkrétním území (Kalvach 2014; Válková, Korejsová, Holmerová 2010: 53). Naplňování tohoto principu však často zůstává na úrovni představ a plánů.

Jak jsme zmínili, stejný problém existuje i na českém území. V Národním programu přípravy na stárnutí mezi léty 2008 - 2012, dostupném na stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí, se doslova uvádí: „*Jednou z největších výzev v oblasti dlouhodobé péče je integrace zdravotních a sociálních služeb. Několik různých poskytovatelů a zdrojů financování ztěžuje zajištění kontinuity a komplexnosti péče. Rozdělení kompetencí a financování mezi několik systémů a poskytovatelů zvyšuje riziko fragmentace a nedostatečné koordinace služeb, nepřehlednosti systému pro klienty i poskytovatele, neflexibilních služeb a nejasné odpovědnosti za cíl a výsledky péče.*“ (Národní program přípravy na stárnutí mezi lety 2008-2012 2009). Popsaná nekoordinovanost zdravotních a sociálních služeb dlouhodobé péče se negativně projevuje například v situaci, když je pacient propuštěn z nemocnice a nemá zajištěnou návaznou sociální péči. V takovém případě se pacient ocitá v důsledku kompetenčního konfliktu v území nikoho (Čevela, Kalvach, Čeledová 2012: 180).

Současný stav v oblasti poskytování dlouhodobé péče v ČR je všeobecně považován za nevyhovující (Holmerová et al. 2014; Holmerová, Wija 2013; Háva 2013; Čevela, Kalvach, Čeledová 2012). Přispívá k tomu několik důvodů. V rámci strategických dokumentů o dlouhodobé péči v ČR bylo definováno několik klíčových bodů, které pojmenovávají hlavní problémy v praxi poskytování zdravotně sociálních služeb (Holmerová et al. 2014: 104-105; MPSV 2010):

- Rozsah a síť služeb není dostatečně flexibilní a nepřipravuje se na progresivní nárůst počtu obyvatelstva ve věku 65+ tak, aby byly naplňovány závěry a doporučení Evropské unie pro tuto oblast.
- Chybí legislativní zakotvení dlouhodobé péče, včetně prováděcích předpisů.
- V rozsahu a struktuře poskytování zdravotně sociálních služeb v jednotlivých krajích i okresech panuje nerovnováha.
- Současná „síť služeb“ nenaplnuje dostatečně principy dostupnosti, spravedlivého přístupu a práva na zdraví.
- Současný způsob odděleného financování sociální a zdravotní péče je v případě realizace dlouhodobé péče typu „*long-term care*“ neefektivní a časově neprovázaný; chybí třetí zdroj financování – klient. Oddělení kompetencí mezi dvě ministerstva je navíc zatíženo resortismem.
- V současnosti chybí dostatečný rozvoj terénních a ambulantních sociálně zdravotních služeb.
- Vzdělávání zaměstnanců v oborech dlouhodobé péče je nedostatečné a neadekvátní jejich potřebnosti a závažnosti.
- Pracovníci jsou nadmíru zahlceni administrativou, mnohdy neúčelnou a čas tím strávený je na úkor pacientů/klientů.
- Není dostatečně reflektován současný trend péče v geriatrii a gerontologii. Dlouhodobá péče je na okraji zájmu laické i odborné veřejnosti. Pro potenciální pracovníky se jedná spíše o neatraktivní oblast.

Jak uvádí Válková, Korejšová a Holmerová „... zařízení dlouhodobé péče jsou v rámci zdravotnictví na samém okraji zájmu, často se nacházejí v objektech, které stavebně nevyhovují, často nemají dostatek pracovníků ani prostředků na adekvátní léčbu, rehabilitaci a ošetřování a nejsou ani dostatečně vybaveny potřebnými pomůckami usnadňujícími práci se seniory a handicapovanými“ (Válková, Korejšová, Holmerová 2010: 44). Na druhou stranu, v publikaci Dlouhodobá péče – geriatrické aspekty a kvalita péče konstatuje Holmerová a kolektiv: „...úroveň dlouhodobé péče v České republice není všude a ve všech zařízeních tak špatná, jak je mnohdy prezentováno v médiích nebo jaké o

ní panuje všeobecné povědomí. Mnohá zařízení poskytují kvalitní dlouhodobou péči, ať již ve sféře zdravotnictví, nebo sociálních služeb. Dlouhodobá péče patří k „divácky méně atraktivním“ oborům. Její role je však významná – z medicínských, lidských i ekonomických hledisek. Důstojná péče o osoby se sníženou soběstačností je odrazem vyspělosti společnosti“ (Holmerová et al. 2014: 105).

Kritický pohled na reformu dlouhodobé péče v letech 2010-2012 v České republice zastává Petr Háva. Jak konstatuje, česká zdravotní politika se v posledních dvou desetiletích zaměřuje zejména na léčbu akutních onemocnění a na financování a organizaci individuálně poskytovaných zdravotnických služeb. Oblasti podpory zdraví a veřejného zdraví jsou stavěny do pozadí, ačkoli právě tyto disciplíny jsou z hlediska zdraví obyvatelstva, kvality života a dlouhodobé péče velmi podstatné (Háva 2013: 14). Dlouhodobá lůžková péče je podle Hávy vnímána státní správou a zdravotními pojišťovnami jako okrajová záležitost, což umocnila po roce 2008 finanční krize (Háva 2013: 16).

Finanční krize měla rovněž dopad na pečující z řad kvalifikovaných profesionálů i dobrovolníků a rodinných příslušníků. Dokument Dlouhodobá péče v Evropské unii (2008) obrací pozornost také směrem k těmto osobám poskytujícím dlouhodobou péči. Jak je opakovaně zmiňováno v této disertační práci, v jejíž empirické části se zaměřujeme na profesionální sociálně zdravotní pracovníky v dlouhodobé péči, není jejich situace v současnosti dostatečně reflektována. O tématu osob poskytujících dlouhodobou péči pojednáme v následující kapitole.

1.2.4 Osoby poskytující dlouhodobou péči a jejich současná situace

Pečující osobu lze charakterizovat jako člověka, který asistuje druhým lidem (potřebným) kvůli jejich neschopnosti samostatně se obsloužit z důvodu vysokého věku, fyzického nebo duševního postižení, případně chronického onemocnění (Day 2014). Pečující rozdělujeme na dvě hlavní skupiny. Formálními pečujícími označuje Day placené profesionály, ale i dobrovolníky působící ve zdravotní či sociální sféře. Mohou být zaměstnání ve státních i soukromých organizacích ziskového, nebo neziskového charakteru a buď za potřebným docházejí domů, nebo o něj pečují v instituci. Dobrovolníci se věnují pečovatelskému ve svém volném čase, profesionálové ve smluvně sjednané pracovní době.

Druhou skupinu tvoří neformální pečující, mezi něž řadí Day rodinné příslušníky, přátele, sousedy a známé, kteří se starají o své blízké bez očekávání finanční kompenzace. Péči poskytují buď kvůli přátelskému a blízkému vztahu k potřebnému, nebo z morální povinnosti vůči němu. Grahamová v této souvislosti hovoří o „práci z lásky“ (in Jeřábek 2009: 243).

Jak jsme již zmínili v úvodu, počet profesionálů v dlouhodobé péči se má dle OECD do roku 2050 celosvětově zdvojnásobit a v České republice dokonce ztrojnásobit (Colombo, Mercier 2011). V souhrnné zprávě o stavu dlouhodobé péče v Evropě z roku 2009 nazvané „*Who cares? Care coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European Union*“ se uvádí, že sektor dlouhodobé péče vytváří v posledních dvaceti letech v zemích Evropské unie silné zaměstnanecké portfolio. Podle evropských statistických údajů vyprodukovala EU mezi lety 1995 – 2005 až 4,5 milionu pracovních pozic v oblasti LTC, přičemž více jich bylo v sociální, než ve zdravotní sféře. Většina pozic v sociálních službách v současnosti spadá do péče o seniory. Například v Anglii tvoří tato složka dvě třetiny zaměstnanosti v sociálních službách.

Navzdory zdánlivě vysokému počtu vytvořených pracovních pozic Evropská zpráva hovoří o krizi pracovních sil v tomto odvětví a také o stárnutí pracovníků, které jde ruku v ruce se stárnutím populace. Zároveň budou stárnoucí jedinci potřebovat větší množství zdravotně sociálních služeb. Tato nepříznivá situace od počátku vyvolává debaty o nutnosti zlepšení pracovních podmínek zaměstnanců v dlouhodobé péči. Často se hovoří o zajištění lepších kvalifikačních předpokladů pro výkon pečujících profesí a o jejich vyšším mzdovém ohodnocení (Marin et al. 2009:10).

Většinou část péče poskytují seniorům v Evropě i Americe rodinní příslušníci a neformální pečující (Dudová 2015; Day 2014; OECD 2014). Složení a počet neformálních pečujících se v jednotlivých zemích liší v závislosti na dané kultuře, systému zdravotní a sociální péče, dostupnosti formálních zařízení a životní úrovni obyvatelstva. V současnosti pečují o seniory v Evropě převážně ženy ve středním věku (ženy poskytují 60 - 80 % péče). V členských zemích OECD představují neformální pečovatelé 70 - 90 % všech poskytovatelů dlouhodobé péče, z nich jsou 2/3 žen (Wija 2012; Kotrusová 2012). V České republice je více než 80 % péče poskytováno rodinnými příslušníky. Naše země se spolu s Polskem řadí k zemím s nejvyšším podílem neformální péče v Evropě (Dudová 2015:34). Pro zaměstnané ženy, které se zároveň musí starat o staré rodinné příslušníky, je

zpravidla značně obtížné skloubit pracovní život s neformální péčí (Dudová 2015; Háva 2013). V mnoha případech to s sebou nese neblahé zdravotní následky (Austen, Ong 2013, Háva 2013). Dochází k paradoxní situaci, kdy se na jedné straně v oficiálních politických stanoviskách považuje domácí neformální péče o seniory za nejvýhodnější variantu pro stát i společnost, na druhou stranu se po občanech požaduje stále delší setrvání v roli aktivních participantů na pracovním trhu. Ovšem skloubení domácí péče a placené pracovní aktivity se mnohdy vylučuje (Dudová 2015).

Podstatou pracovních činností, s nimiž se setkáváme v oblasti dlouhodobé péče, je pomoc potřebným, což s sebou přináší v porovnání s profesemi jiného než pomáhajícího charakteru jistá specifika. Jak píše Jiřina Šiklová v předmluvě knihy Karla Kopřivy s názvem *Lidský vztah jako součást profese, ... „pomáhání druhým je nebezpečná, náročná a současně i člověka samého deformující profese“* (Kopřiva 1996: 7). Pečování může být velmi stresující činností (Testad et al. 2009; Bégat 2005). Pokud pečující sdílí s potřebnou osobou stejnou domácnost, musí být k dispozici neustále. U rodinných a neformálních pečujících „na plný úvazek“ se nezdá dostavují depresivní stavy, způsobené fyzicky a duševně náročnou aktivitou a také sociální izolací (Cummings, Kropf 2015; Slomski 2015; Kim et al. 2014). I v případě kratší doby trvání péče může tato činnost zabírat pečujícímu veškerý volný čas, zvláště pokud chodí do práce a starost o blízkého vykonává ve zbývajících dobách. Pokud se včas nezachytí varovné signály svědčící o nadměrném vyčerpání pečujícího a nepodniknou se patřičné kroky, může se sám dostat do situace, kdy bude potřebovat dlouhodobou péči.

Také profesionální pracovníci v přímé péči jsou často vystaveni stresovým situacím, z nichž plynou zvýšená rizika pro jejich fyzické i duševní zdraví. U těchto profesí je dlouhodobě pozorována nadprůměrná náchylnost k syndromu vyhoření, zvýšená nemocnost, depresivita, napětí a také vysoká fluktuace (Gao et al. 2012; Maroon 2012; McGillis Hall, Kiesners 2005; Lipová 2005; Siegrist, Rödel 2005; Simon et al. 2005; Siegrist 2004). Výzkumy prokazují, že naopak pracovníci, kteří nemají zájem odejít z pracoviště, jsou spokojeni zejména díky spokojenosti pacientů/klientů, kteří oceňují jejich práci a kvalitu péče (Jirkovská et al. 2012; Engström et al. 2011).

Přesto, že se z ekonomické i psychologické roviny jeví snaha o co nejdelší pobyt seniorů v důvěrně známém domácím prostředí jako výhodnější, v mnoha případech není zajištění domácí péče dlouhodobě možné. Tehdy je potřeba vyhledat odpovídající

institucionálních zařízení (Siegrist, Rödel 2005). V současné době se řada zemí EU včetně České republiky potýká s nedostatkem kvalitních zařízení dlouhodobé péče a také s nedostatkem kvalifikovaného personálu zajišťujícího jejich chod. Nedostatečný počet profesionálních pracovníků v dlouhodobé péči se mimo jiné projevuje ve zkráceném množství času pečujícího na klienta/pacienta. Pracovníci kvůli tomu mívají pocit nekvalitně odvedené práce. Tím trpí jejich morálka, pracovní motivace a spokojenost. Nezřídka díky těmto faktorům dochází k častějšímu absentérství (McGillis Hall, Kiesners 2005: 2482-2483). Doporučený standard Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky (APSS ČR) uvádí, že by měl být poměr klientů na celkový počet zaměstnanců v přímé péči (zahrnujících pracovníky v sociálních službách, sociální pracovníky, zdravotní sestry, ošetřovatelky a sanitáře) nižší než 3,3 (Doporučený standard APSS ČR 2015: 19). Přiměřený počet pracovníků má bezesporu zásadní vliv na kvalitu poskytovaných služeb, a proto by jim mělo být poskytováno odpovídající pracovní zázemí.

Množství aktuálních zpráv a výzkumů dokumentuje naléhavou potřebu zlepšení pracovních podmínek profesionálních pečovatelů ze zdravotní i sociální oblasti. Tito pracovníci zde tvoří většinu zaměstnanců a jejich nedostatek, ať už z důvodu nezájmu mladých lidí o tuto profesi, nebo stárnutí stávajících pracovníků a jejich flukтуаční tendence, představuje hrozbu budoucího vývoje této oblasti. Kvalita pracovního života profesionálů v dlouhodobé péči ovlivňuje nejen možnosti získávání nových a udržení současných pracovníků, ale má i dopady na klienty/pacienty, jejich rodiny a celý systém (Marin et al. 2009).

Zdravotnický i sociální personál v zařízeních dlouhodobé péče musí čelit řadě zátěží, které mu komplikují práci, jež bývá náročná sama o sobě. Jednou z často zmiňovaných rizikových oblastí je přebujelá administrativa, která pracovníkům ubírá množství času věnované pacientům/klientům. Profesionální pečující musí vyplňovat množství formulářů, jež se často jeví jako nadbytečné. Tato situace přispívá k jejich frustraci, což se negativně projevuje na kvalitě odváděné péče a zvýšené fluktuaci personálu. Péče o seniory, psychická podpora a komunikace s nimi by přitom měla být podstatnou náplní práce ošetřovatelského a pečovatelského personálu (Kopřiva 1997).

V některých zemích Evropy (Polsko, Estonsko, Litva) se objevují snahy zlepšovat pracovní podmínky specializovaného personálu v sektoru dlouhodobé péče s cílem zabránit jeho odlivu do zahraničí (Průša 2010: 21). Kvalitní a důstojné zacházení se

seniory v institucionální i domácí péči je podmíněno nejen zvyšováním kompetencí rodinných pečujících a profesionálních pečovatelů, ale také nastavením a udržováním příznivých podmínek pro jejich práci, a to jak v institucích, tak i v domácím prostředí (Mátl 2007; Bílá kniha 2003).

Výsledky aktuálního projektu Fondu dalšího vzdělávání s názvem Podpora neformálních pečovatelů (2015) ukazují, že sladění domácí péče o seniora a vlastní zaměstnání neformálního pečujícího je často velmi obtížné. Evropská Unie podporuje vyšší zapojení neformálních pečujících do péče o potřebné, což má mimo jiné zajistit podstatné finanční úspory pro členské státy. Na druhé straně je v Lisabonské smlouvě zakotvena teze o zaměstnávání většího počtu žen ve středním věku ve službách dlouhodobé péče jako způsobu jejich uplatnění na pracovním trhu. V některých zemích EU se vytvořil rozsáhlý trh neformálních pečovatelů, často z řad neoficiálních přistěhovalců z chudších zemí, kteří za levnější obnosy nabízejí seniorům a jejich rodinám čtyřicet hodinovou péči. Počty takových nelegálních pracovníků mohou přesahovat 90 % osob poskytujících dvacet čtyř hodinovou péči v domácnosti (Marin et al. 2009: 14). Zejména v Rakousku a v Itálii zabezpečují tyto osoby udržitelnost dlouhodobé péče. Čím více neoficiálních pečovatelů je k dispozici, tím více nemohoucích seniorů si může dopřát jejich služby, také vzhledem k podstatně nižším finančním nákladům na poskytovanou péči.

Zajímavý způsob legalizování dvaceti čtyř hodinové péče o seniory v domácím prostředí zavedla v roce 2007 rakouská vláda. Procesy spojené s legalizováním domácí dlouhodobé péče v Rakousku mají pro státní sociální politiku velký význam. Od roku 2010 do současnosti je v Rakousku ošetřováno v domácích podmínkách až 80 % seniorů (*24-Stunden-Betreuung zu Hause* 2010: 7). Tuto péči poskytují jak příbuzní a přátelé starých osob, tak najatí pečovatelé. Druhá jmenovaná skupina sestává nejen z rakouských pracovníků, ale také z příslušníků ze zemí střední a východní Evropy. Původně se dokonce využívalo označení „Böhmische Schwestern“ (české sestry), jelikož řada pečovatelek přicházela do Rakouska z České republiky. Již po pádu železné opony začal příliv prvních osob nabízejících péči rakouským seniorům ze střední Evropy. Vžil se model měsíčního střídání dvou pečovatelek, které vždy čtrnáct dní pobývaly trvale u seniora a čtrnáct dní měly volno. Tento způsob péče se pohyboval na hranici legálnosti, jelikož pečovatelky často neměly potřebnou kvalifikaci a někdy ani pracovní povolení. V roce 2008 schválil rakouský parlament novelu zákona a dlouhodobé péči, ve které ustanovil nutnost

absolvování teoretického minima pro domácí pečovatele (z Rakouska i zahraničí) v časové dotaci 200 hodin. Poté dostane osoba osvědčení a může legálně domácí péči vykonávat. Díky tomuto opatření stoupl počet legálních domácích pečovatelů mezi lety 2008 a 2009 ze 7 700 na 20 000 (Kiss 2009). Záštitu nad oficiálním najímáním těchto pracovníků zajišťují tyto rakouské organizace: Rakouská národní pomoc (Volkshilfe Österreich), Rakouská pomocná práce (Österreichisches Hilfswerk), Charita (Caritas Österreich), Červený kříž (Österreichisches Rotes Kreuz) a Diakonie (Diakonie Österreich).

1.2.5 Etické aspekty dlouhodobé zdravotně sociální péče a princip lidské důstojnosti

Prvořadým etickým principem dlouhodobé zdravotně sociální péče by měl být oprávněný prospěch a blaho klienta. Dlouhodobá péče by vždy měla směřovat ke zlepšování zdravotního stavu pacienta/klienta (tzv. enabling model), neměla by ho zneschopňovat (tzv. disabling model), přepečovávat, upoutávat na lůžko a vyčleňovat ze života společnosti (Holmerová, Wija 2013).

Práce se starými lidmi je z etického hlediska mimořádně obtížná. Pracovníci se setkávají s lidmi v pokročilém věku, které často trápí fyzické a psychické obtíže. Ztrácejí schopnost sebeobslužnosti, a pokud netrpí kognitivní poruchou, díky níž by si tento zhoršující se stav neuvědomovali, způsobuje jim vědomí ztráty schopnosti postarat se o sebe nesmírné obtíže (Sýkorová 2007). Pracovníci musí být vybaveni pochopením, trpělivostí, empatií, vynalézavostí, důvěryhodností a profesionální zdatností pro zmírnění jejich nešťastných pocitů.

Z etického hlediska je největším ohrožením křehkých seniorů a lidí zdravotně postižených tzv. redukcionistické chápání jejich životů, snižování jejich významu a hodnoty. K popírání redukcionismu je potřeba, aby samotní senioři, stejně jako osoby o ně pečující, bránili lidství jako takové s jeho právy a povinnostmi, bez ohledu na pokročilost věku a na zdravotní stav. Každý starý a nemocný člověk má právo na akceptaci a podporu své jedinečnosti (Čevela, Kalvach, Čeledová 2012: 215 - 217).

Kutnohorská, Cichá a Goldmann (2011: 54 – 60) uvádějí jedenáct základních etických principů práce v oblasti zdravotně sociální péče. Představíme je v abecedním pořadí.

- Advokacie – snaha o zdůraznění etické správnosti a citlivosti řešení v konkrétní situaci klienta, k tomu slouží nejen rozumový vhled a zkušenosti, ale rovněž schopnost empatie.
- Autonomie – vyjadřuje jedincovo svobodné jednání s vědomím vlastní zodpovědnosti. Pracovník má ke každému klientovi/pacientovi a dalším zainteresovaným osobám přistupovat jako k rovnocenným partnerům. Autonomie klienta/pacienta stojí na přiměřené míře vlastního rozhodování o sobě podle možností a způsobilosti.
- Cílevědomost – jednání, které není pouhou reakcí, ale přikládá se mu smysl a účel.
- Důstojnost – základní kritérium, které by měli pracovníci vůči pacientům/klientům dodržovat. Hranice nelze jasně definovat, záleží na individuálním etickém cítění a vzájemné souhře mezi pečujícím a potřebným.
- Důvěrnost – vytváří se mezi klientem a profesionálem, kdy oba si poskytují pravdivé informace a věří, že je druhá strana nezneužije.
- Mlčenlivost – princip mlčenlivosti se může dostat do mravního rozporu s principem ochrany klienta. Pokud se pracovník dozví od klienta důvěrnou informaci, která spadá pod oznamovací či informační povinnost (týrání, zneužívání, krádež apod.), mlčenlivostí by porušil zákon. Proto je potřeba klienta o tomto faktu informovat před případným sdělením takové informace.
- Neškodit – tato zásada zabraňuje poškození v zájmu klienta, souvisí i se sdělováním informací tak, aby klienta nepoškodily. Hlavním zájmem je opět zachování důstojnosti klienta.
- Prospěšnost – morální povinnost jednat ve prospěch druhého, podporovat jej, neškodit mu.
- Solidarita – dobrovolná společenská soudržnost, vzájemná spolupráce a pomoc v rámci skupiny, pocíťování úspěchů i neúspěchů podporované skupiny jako vlastních.

- Společné dobro – souhrn společenských podmínek, které pomáhají dokonalému rozvoji osobnosti a všech jednotlivců. Nejvyšší mravní zákon lidské společnosti, zaručuje sociální spravedlnost.
- Spravedlnost – podle právního rozměru účta k zákonům platícím ve společnosti, podle širšího etického pojetí nestranné rozhodování.

Jak uvádíme ve výše uvedeném přehledu, jedním ze zásadních etických principů v oblasti zdravotně sociální péče je respektování lidské důstojnosti. Důstojnost se považuje u lidí s omezenou soběstačností za nejvyšší hodnotu lidského života. Proto je nezbytné cílevědomě tuto hodnotu u seniorů chránit, obnovovat a posilovat v procesu tzv. dignitogeneze, podobně jako princip salutogeneze, o kterém jsme psali v souvislosti s Aaronem Antonovskym, podporuje a rozvíjí lidské zdraví (Čevela, Kalvach, Čeledová 2012: 217).

Podle Světové zdravotnické organizace vyjadřuje princip lidské důstojnosti to, že všechny lidské bytosti mají stejné právo na důstojnost bez ohledu na jejich status v komunitě (Anell, Glenngård, Merkur 2012). Důstojnost je dle Evy Rohanové definována jako „*morální a etická kategorie zdůrazňující vědomí člověka o významu osobnosti a o uznání jeho práv*“ (Rohanová in Holmerová et al. 2007: 29). Stejná autorka uvádí, že lidská důstojnost u seniorů, kteří jsou nejzranitelnější společenskou skupinou, není vždy plně respektována. Přispívá k tomu soudobý trend v léčbě a ošetřování, založený na odosobnění v důsledku významného podílu moderních technologií na léčbě. Práce ošetřujících je více zaměřena na efektivitu a výkon, než na člověka jako partnera maximálně se podílejícího na rozhodování o své osobě. Přitom povinností profesionálních pracovníků je respekt, ochrana a podpora lidské důstojnosti za jakýchkoli okolností a v jakékoli situaci (Rohanová in Holmerová et al 2007: 48).

Heinz Rügger píše v článku o etických výzvách fenoménu demence, že zachovávání lidské důstojnosti je zvláště citlivé téma u osob s demencí. Přestože tyto lidé v důsledku degenerativního onemocnění postupně ztrácejí kognitivní schopnosti, neznamená to, že mají být zbavováni práva na zachování jejich důstojnosti. Podle Rüggera obsahuje lidská důstojnost čtyři práva, která je nutné dodržovat všemi a vůči všem: (1) právo na ochranu fyzické i psychické integrity, (2) právo na autonomii ve smyslu

sebeurčení, (3) nárok na základní práva (především lidská práva) a (4) právo na elementární respekt vlastní osobnosti (Rüegger 2014: 20). V souladu s těmito právy by podle autora lidé pečující o osoby s demencí měli brát zvláštní ohled na uznání individuálních potřeb, hodnoty, důstojnosti těch, o které pečují, chovat se k nim jako k dospělým, v žádném případě je nedegradovat, ale naopak je podporovat ve všem, co jsou schopni sami zvládnout (Rüegger 2014: 19).

Stejně jako mají lidé pečující o osoby postižené demencí dbát na zachování lidské důstojnosti a uznání individuálních potřeb nemocných, mělo by okolí pečujících více uznávat jejich práci. Jedním ze způsobů, jak více ocenit práci formálních pečujících, je zjišťování jejich pracovní situace a snaha o zlepšování pracovních podmínek. K tomu může dopomoci též model Effort Reward Imbalance, který podrobně představíme v následující kapitole.

1.3 Model Effort Reward Imbalance

Model nazvaný Effort Reward Imbalance (ERI) představuje v disertační práci klíčový teoreticko metodologický koncept. Zkoumá subjektivně vnímanou míru (ne)vyváženosti mezi vynaloženým úsilím a získanými odměnami u pracovníků a analyzuje zdravotní a psychosociální důsledky této (ne)rovnováhy.

Spolu se svým výzkumným týmem jej v roce 1986 představil německý sociolog, profesor Johannes Siegrist (*1943), odborník na sociologii medicíny působící na univerzitě v Düsseldorfu. Popis modelu byl poprvé uveřejněn v publikaci *Biological and Psychological Factors in Cardiovascular Disease*, Springer, Berlin, 1986, str. 104 -126. Původně byl vytvořen za účelem vysvětlení a predikce vzniku kardiovaskulárních chorob. Až od 1998 se začal používat i k jiným účelům, např. psychologickým, sociologickým a behaviorálním (Van Vegchel et al. 2005).

V mnoha studiích se uvádí, že model ERI patří spolu s modelem Job Demand – Control (JD-C), vyvinutým americkým výzkumníkem Robertem Karaskem v roce 1979, ke dvěma nejvlivnějším teoretickým modelům pracovního stresu, které popisují vztah mezi zdravotními a psychosociálními aspekty práce a zdravím zaměstnanců (Van Vegchel et al. 2005; Siegrist et al. 2004; Pikhart et al. 2001; De Jonge et al. 2000).

Na vznik modelu ERI mělo podstatný vliv několik teorií z psychosociální a organizační oblasti. Jednou z nich je procesní motivační teorie rovnosti (equity theory), kterou v šedesátých letech dvacátého století definoval John Stacy Adams. Podle této teorie mají lidé tendenci vyhledávat ekvivalentní odměny za vynaložené úsilí. K určení měřítka toho, co považují za rovnocenné, se srovnávají s druhými. Pokud u nich převládá pocit nespravedlnosti, vzniká napětí, které chtějí rychle odstranit. Nabízejí se různé způsoby řešení: formou zvýšení odměn, snížení úsilí, změněného vnímání adekvátnosti odměn u druhých, srovnáním se s jinými, co jsou v podobné situaci, či racionalizací vzniklé nerovnosti (Huczynski, Buchanan 2007).

Další konceptem, z něhož Siegrist při konstrukci modelu ERI čerpal, je teorie sociální směny (social exchange theory), jak jsme již nastínili dříve v textu v souvislosti s teorií intergenerační ambivalence (viz kapitola Sociologické pojetí péče a pečující společnosti). Jako první ji představil na začátku šedesátých let minulého století George Caspar Homans. Teorie spojuje aspekty sociologické, psychologické a ekonomické. Předpokladem je myšlenka, že veškeré mezilidské vztahy se tvoří pomocí subjektivní analýzy přínosů a nákladů a také srovnáváním různých možností v konkrétní situaci. Homans definoval v souvislosti s teorií sociální směny pět výroků (propozic) charakterizujících mezilidské interakce. První propozice úspěchu tvrdí, že čím častěji vede dané chování k úspěchu, tím častěji je opakováno. Druhá propozice stimulu říká, že čím častěji bylo v minulosti chování odměněno, tím častěji ho budeme provádět. Třetí propozice hodnoty konstatuje, že čím hodnotněji jedinec odměnu za dané chování vnímá, tím častěji jej bude opakovat. Čtvrtá propozice deprivace a uspokojení říká, že čím častěji se daná odměna opakuje, tím menší hodnotu pro aktéra představuje. Poslední propozice zklamání a agrese definuje situaci, kdy chování nevede k očekávané reakci, a proto jedinec na pociťovanou nespravedlnost reaguje proti-aktivitami. K teorii sociální směny později přispívali další autoři, kteří původní koncepci rozšiřovali do jiných oblastí vědění, než byla Homansova behaviorální perspektiva (např. Peter Blau, John Thibaut a Harold Kelly, Richard Emerson).

Významným principem sociální směny, z něhož model ERI vychází, je sociální reciprocita. Ta tvoří základ mezilidského chování. Sociální reciprocita se charakterizuje jako vzájemné investice (úsilí) vkládané aktéry do interakce založené na očekávání jejich návratu formou zisků (odměn). Pokud tato reciprocita selhává kvůli narušení očekávané rovnováhy mezi úsilím a odměnami, vyvolává u aktérů negativní reakce, které se přetvářejí

na stres. Tento nerovnovážený stav Siegrist (2000) nazývá nedostatkem sociálních odměn (social reward deficiency). Příkladem narušení rovnováhy v pracovní oblasti mohou být následující situace: náročná, ale nestabilní práce, velké pracovní úspěchy bez vidiny povýšení, neadekvátní plat, nedostatek ocenění při podávání vysokého výkonu. Podle modelu ERI se opakovaně narušovaná reciprocita promítá do dlouhodobého stavu napětí, který má za následek zhoršení zdravotního stavu jedince po stránce fyzické i psychické. Podle sociologických teorií sebe a identity (Mead, Schutz) se tyto hrozby pravděpodobně objeví tehdy, pokud je narušena kontinuita klíčových sociálních rolí. Za těchto podmínek je omezena kontrola člověka nad základními interpersonálními odměnami, v důsledku čehož je narušeno jeho sebehodnocení a emocionální pohoda. Siegrist (1996/2000/2008) tvrdí, že v opačné situaci, kdy sociální reciprocita dlouhodobě funguje, přispívá to k udržování dobrého zdraví a stavu osobní pohody. O osobní pohodě (well-being) podrobně pojednáváme v další části textu.

Podstatným pojmem souvisejícím se sociální reciprocitou je princip seberegulace. Ta závisí na úspěšné sociální směně v rámci klíčových sociálních rolí. Při nefungující reciprocitě je seberegulace ohrožena kvůli oslabení jejích tří významných funkcí: self-efficacy (sebeuplatnění a víra ve vlastní schopnosti), self-esteem (sebehodnocení) a self-integration (sebeintegrace v sociálních skupinách). V pracovním prostředí jsou výše zmíněné funkce seberegulace naplňovány následujícím způsobem. Sebeuplatnění člověk získává díky spokojenosti s podaným výkonem a osobním rozvojem v práci. Sebehodnocení se naplňuje v důsledku projevů uznání, získáváním adekvátních odměn a možnostmi povýšení. Konečně, za sebeintegraci se považuje získání sociální identity mimo rodinu a participace ve společenských sítích. Tyto tři funkce seberegulace tvoří základ pocitu osobní pohody a zároveň poukazují na křehkou rovnováhu mezi jedincem a sociálním prostředím (Siegrist 2000). Role práce je klíčová k naplnění individuálních autoregulačních potřeb.

Výzkum spjatý s ERI je součástí rozsáhlejší vědecké oblasti, která se zabývá studiem vlivu psychosociálních faktorů na lidské zdraví. Prostřednictvím specifických teoretických a metodologických nástrojů se analyzuje chování jedinců v klíčových sociálních rolích (role pracovní, rodinná, občanská) a jeho negativní dopady na zdraví. Doposud se výzkum spjatý s ERI zaměřoval nejčastěji na roli práce, ostatní klíčové sociální role se zkoumaly spíše sporadicky. V životě dospělého jedince však hraje práce velmi podstatnou úlohu pro zachování dobrého zdraví a osobní pohody. Díky ní si tvoří

zázemi na úrovni ekonomické, společenské i osobní. Z ekonomického hlediska práce umožňuje člověku získávat prostředky na obživu a další životní potřeby. Ze společenského hlediska se jedinec zařazuje do sociálních sítí mimo primární skupiny. V profesi si upevňuje společenský status a může si zvyšovat prestiž. V neposlední řadě mu poskytuje příležitosti k osobnímu růstu a k seberealizaci.

1.3.1 Popis modelu

Základní myšlenkou modelu ERI je tvrzení, že pracovník vkládá do své činnosti úsilí jako součást sociálně organizovaného procesu směny, který toto úsilí vyrovná adekvátními odměnami. Ty jsou ve společnosti šířeny pomocí tří přenosových systémů:

- peněz
- ocenění (uznání)
- možností vlastního rozvoje spolu s jistotou práce a zachováním pracovního statusu (někdy též nazýváno kontrola statusu).

Model bere v potaz širší společenské a makroekonomické aspekty. Zaměřením na zaměstnanecké odměny reflektuje společensko-ekonomické podmínky na současném trhu práce: kariérní možnosti, pracovní nestabilitu a nezaměstnanost.

Lidé se ze své přirozenosti snaží o zachování rovnováhy mezi poměrem vloženého úsilí a získaných odměn v dlouhodobém horizontu. Siegrist však definuje tři situace, kdy jsou ochotni akceptovat stav nerovnováhy:

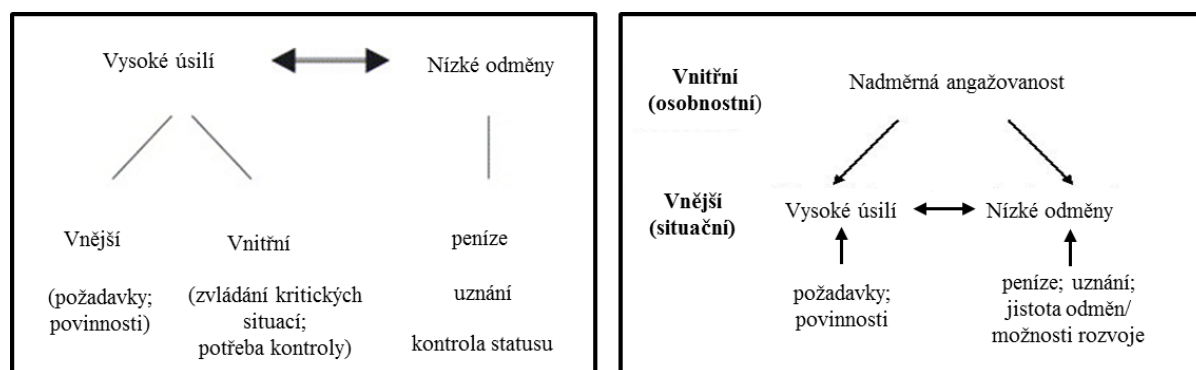
1. Pokud je špatně definovaná pracovní smlouva, nebo pokud zaměstnanci nemají velkou naději získat jinou práci (například z důvodu nízké kvalifikace, vysoké nezaměstnanosti, nestability pracovních míst).
2. Pokud mají zaměstnanci vyhlídky na lepší pracovní pozici v budoucnu a na současném místě setrvávají ze strategických důvodů.

3. Pokud pracovníky charakterizuje tendence přehánět své pracovní úsilí a zároveň očekávat neadekvátní odměny. Tato vlastnost se označuje jako nadměrná angažovanost (overcommitment, OC).

Proměnné modelu ERI

Model ERI netvoří od začátku neměnný koncept. Jeho autor Siegrist jej v průběhu verifikace mírně pozměňoval. V původní podobě se model skládal ze dvou klíčových komponent: úsilí (effort) a odměn (rewards). Úsilí tvořila složka vnitřní a vnější. Vnitřní obsahovala kategorie potřeba kontroly (need for control) a zvládání kritických situací (critical coping). Vnější složka obsahovala kategorie požadavky (demands) a povinnosti (obligations). Odměny se skládaly ze tří druhů: peněz, uznání a kontroly statusu. Současná verze modelu, jak je patrné z obrázku 1, přinesla tři hlavní změny. Prvním rozdílem bylo rozlišení mezi vnitřními (osobnostními) a vnějšími (situačními) aspekty. Původně na tyto dimenze bylo děleno úsilí. Další změnu přineslo přejmenování třetí složky odměn, kontroly statusu, na položku jistota odměn / možnosti rozvoje (security / career opportunities).

Obrázek 1. Původní a současná verze modelu ERI



Zdroj: Siegrist, J. 1999, str. 40; Siegrist, J. 1996, str. 30, vlastní překlad a úpravy.

Poslední a nejpodstatnější změnou bylo dodání třetí komponenty do modelu, již zmíněné nadměrné angažovanosti. Tato osobní charakteristika jedince představuje individuální vzorec pracovního jednání. Definuje se jako soubor postojů, chování a emocí reflektujících přehnanou snahu osoby v kombinaci se silnou touhou po ocenění. Veličina

nadměrná angažovanost je úzce spojena s konceptem chování typu A, který je charakterizován soutěživostí, hostilitou (nepřátelství, sklon k agresivitě) a neschopností odpoutat se od práce. Lidé s vysokou OC mají tendenci přehánět své úsilí a podceňovat odměny, stejně jako podceňovat náročnost úkolů. Pokud opakovaně nedosahují svých cílů, které jsou často nad jejich síly, trpí nespokojeností a vyčerpáním. Na základě toho jejich organismus spouští stresové reakce, což má v dlouhodobém měřítku neblahé zdravotní následky (Van Vegchel et al. 2001; Bakker et al. 2000; Siegrist 1996). OC vznikla osamostatněním a přejmenováním původní vnitřní složky úsilí. Předpokládalo se, že vysoce angažovaní zaměstnanci podceňují náročné úkoly a přeceňují své schopnosti, investují příliš mnoho vnitřního úsilí do práce. OC má přímý vliv na zhoršený zdravotní stav následkem nerovnováhy mezi vysokým úsilím a nízkými odměnami. V současné verzi modelu je OC považována za samostatnou veličinu (osobní charakteristiku), která má vliv jak na vnímání vysokého úsilí, tak nízkých odměn (situační charakteristiky), a proto ovlivňuje nepřímo zdraví jedince.

Měření klíčových komponent ERI modelu před jeho vyvinutím bylo prováděno různými způsoby: prostřednictvím kontextuálních informací (administrativní data a objektivní nástroje), popisných a evaluačních informací (interview a dotazníky). Siegrist (2008) upozorňuje, že model ERI využil všech tří informačních zdrojů ze dvou důvodů.

- Teoretická argumentace vyžaduje kombinaci všech tří typů informací k posouzení vnějších i vnitřních komponent modelu.
- Metodologický princip triangulace, kdy se kombinuje více způsobů získání informací, zajišťuje lepší validitu měření.

Ve stejném textu autor uvádí, že vhodnější, než využití kontextuálních informací, je vlastní vyjádření názorů respondentů prostřednictvím kvalitativních rozhovorů, strukturovaných rozhovorů či standardizovaných dotazníků. Zatímco veličiny úsilí a odměny byly původně měřeny kombinací výše uvedených způsobů, veličina OC byla hodnocena výhradně prostřednictvím dotazníku.

Následně byl vytvořen dotazník pro všechny komponenty modelu. Skládá se ze tří samostatných škál, jež vznikly operacionalizací klíčových komponent modelu. Dotazník ve zkrácené validované verzi obsahuje celkem 23 položek, sestavených na principu Likertovy škály. Tyto položky se dělí na tři jednodimenzionální škály:

- Škála komponenty úsilí v ERI dotazníku se skládá ze šesti položek, které obsahují otázky na fyzickou zátěž, časový tlak, rušení při práci, zodpovědnost, práci přesčas a vzrůstající nároky. Siegrist et al. (2004: 1487) navrhl, aby položka fyzická zátěž byla zahrnuta jen v případech, kdy daná práce vyžaduje vyšší než běžnou fyzickou zátěž. Škála této komponenty je pětibodová.
- Škála komponenty odměny se skládá z jedenácti položek, které reflektují všechny tři součásti odměn: peníze, uznání a jistotu práce/možnosti profesního růstu. Škála odměn je rovněž pětibodová.
- Operacionalizace komponenty nadměrná angažovanost se měnila. Původně se OC měřila škálou potřeba kontroly, která obsahovala celkem dvacet devět položek, z nichž vzešly dva latentní faktory: vitalita (vigor) a ponoření do práce (immersion). Faktor vitality se týkal úspěšného zvládnutí úkolů díky perfekcionismu a tvrdé práci. Faktor ponoření se do práce se dělil na čtyři podoblasti: potřeba úspěchu (šest položek), soutěživost a latentní nesouhlas (šest položek), netrpělivost a nepřiměřená podrážděnost (osm položek) a neschopnost odpoutat se od pracovních povinností (devět položek). Ukázalo se však, že původní délka škály je neúnosná a tak se přistoupilo ke zkrácení na základě metody hlavních komponent. Výsledná kratší verze se ukázala být stejně validní, jako původní škála. Tato varianta se zaměřuje pouze na jednu z částí faktoru ponoření do práce, a to na neschopnost odtrhnout se od práce (pět položek) a na nepřiměřenou podrážděnost (jedna položka). Na rozdíl od dvou předchozích, škála pro OC je čtyřbodová.

Nová zkrácená verze dotazníku

V manuálu Siegrista a Montana (2012) je uvedena nová zkrácená verze dotazníku ERI. Autoři zde uvádějí, že tato verze originálního dotazníku (označena ERI-S) je snáze použitelná zejména v rozsáhlých epidemiologických studiích (Siegrist, Montano 2012:1). Skládá se z celkem šestnácti položek. Škála proměnné OC zůstala beze změny se všemi šesti položkami. Ke zkrácení došlo u veličin úsilí a odměny. Škála úsilí se místo šesti položek skládá ze tří a škála odměny se z jedenácti otázek zkrátila na sedm. Rozpětí škál se oproti předchozí delší verzi dotazníku sjednotilo; nyní se všechny tři komponenty hodnotí na čtyřbodové stupnici (silně nesouhlasím, nesouhlasím, souhlasím, silně souhlasím).

Leineveber et al. (2010) validizovali zkrácenou verzi ERI-S ve švédské replikované longitudinální kohortní studii, která proběhla v letech 2006 a 2008. Prokázali, že tato verze má dostatečné psychometrické vlastnosti (vnitřně konzistentní škály, dobrá shoda mezi teoretickým modelem a daty). Všechny škály, stejně jako sumační skóre ERI, byly navíc spojeny s veličinou vlastní hodnocení zdravotního stavu a depresivními symptomy v očekávaném směru (čím vyšší nerovnováha mezi vyšším úsilím a nižšími odměnami, tím horší zdravotní stav a tím vyšší depresivní příznaky). Autoři svá zjištění uzavřeli tvrzením, že zkrácená verze ERI-S tvoří vhodný psychometrický nástroj pro epidemiologické studie, které se zaměřují na nepříznivé zdravotní následky práce v kontextu globalizované ekonomiky (Leineweber et al. 2010).

Další validizaci varianty ERI-S udělali Msaouel et al. v Řecku (2012). Provedli výzkum na populaci šesti set řeckých zdravotníků (lékaři, sestry, fyzioterapeuti, laboranti). Výzkumníci stejně jako u výše popsaného švédského šetření zvolili jako další proměnnou vlastní hodnocení zdraví. I v tomto případě se zkrácená verze dotazníku ERI-S ukázala být vhodným nástrojem pro měření psychosociálního pracovního prostředí (nejen) ve zdravotnických profesích.

V roce 2013 použili zkrácenou verzi dotazníku ERI-S švédští badatelé, kteří se zaměřili na cílovou skupinu pěti set švédských audiologů tří typů (se soukromou praxí, ve veřejné sféře a s kombinovanou praxí). Výsledky ukázaly, že zkrácená verze dotazníku je pro zkoumanou skupinu validní, kdy 86 % respondentů vyjádřilo nepříznivou pracovní situaci, tedy že vynaložené úsilí neodpovídá získaným odměnám. Autoři konstatují, že toto procento nespokojených švédských audiologů je velmi vysoké v porovnání se švédskou populací ekonomicky aktivních a také v porovnání s dalšími zdravotnickými pracovníky (Brännström et al. 2013).

Aktuální studie vydaná v letošním roce využila zkráceného dotazníku ERI ke zjištění jeho souvislostí s metabolickým syndromem. Výzkumníci provedli rozsáhlý průřezový výzkum 4141 zaměstnanců průmyslu v Mannheimu. Podobně jako v předchozích studiích se prokázala platnost modelu ERI v souvislosti se sledovanou proměnnou, metabolickým syndromem. Větší náchylnost k tomuto syndromu v případě nerovnováhy úsilí a odměn se projevila u mužů a u mladších zaměstnanců ve věku 18-49 let (Schmidt et al. 2015).

Výzkum využívající adaptovanou podobu dotazníku ERI publikovaný rovněž v tomto roce provedly německé badatelky Stefanie Sperlich a Siegfried Geyer. Zkoumaly, zda stres u žen způsobený jejich prací v domácnosti může přispívat k nerovnostem ve zdraví, konkrétně ke zhoršenému subjektivnímu vnímání zdravotního stavu. Posbíraly údaje od 3129 německých matek. Podle jejich zjištění se ukázaly rozdíly mezi úsilím vkládaným do práce v domácnosti a odměnami podle výše vzdělání žen. Zatímco pocíťované vysoké úsilí spojené s domácími pracemi se zvyšovalo s vyšší úrovní vzdělání, pocit nízkých odměn a s tím spojený stres se s vyšším vzděláním žen snižoval. Autorky dále zjistily, že nedostatek společenského uznání za domácí práce a péči o rodinu vyvolává u matek s nižším vzděláním zdravotní potíže (Sperlich, Geyer 2015).

Hypotézy modelu ERI

Na základě výše popsaných veličin a jejich vzájemných vztahů Siegrist definoval tři hypotézy o modelu ERI (Siegrist 2008: 3):

- H1 (vnější hypotéza ERI): Nerovnovážený stav mezi vysokým úsilím vloženým do práce a neadekvátně nízkými odměnami zvyšuje riziko zhoršení zdravotního stavu více, než samostatný vliv faktoru velkého úsilí a faktoru malých odměn na zdraví.
- H2 (vnitřní hypotéza ERI): Lidé charakterizovaní vlastností nadměrné angažovanosti mají vyšší riziko horšího zdravotního stavu.
- H3 (interakční hypotéza ERI): Relativně nejvyšší riziko špatného zdravotního stavu se očekává u jedinců, kteří jsou charakterizováni současně podmínkami prvních dvou hypotéz.

Van Vegchel et al. (2005) v přehledové studii uvádí, že zatímco pro první hypotézu existuje dostatečná empirická podpora, výsledky verifikace druhé hypotézy kolísají a ke třetí hypotéze nebyla do doby jejich rešerše nalezena dostačující empirická podpora.

Analýza dotazníku ERI

Analýza dotazníku ERI může být prováděna několika možnými způsoby. Zvolení konkrétní strategie se odvíjí od zamýšlené podoby výsledků a od druhu ostatních veličin,

s nimiž se model ERI poměřuje. Základním rozhodnutím, které musí výzkumník učinit před samotnou analýzou, je to, zda chce posuzovat veličinu poměru mezi úsilím a odměnami (dále veličinu ERI) pro každého jedince zvlášť, nebo má v rámci svého výzkumného souboru definované skupiny, mezi nimiž bude tuto veličinu porovnávat. Siegrist et al. (2004) uvádí způsob výpočtu veličiny ERI pro každého jednotlivce pomocí algoritmu $e / (r * c)$, kde e je sumační skóre škály úsilí, r je sumační skóre škály odměn a c je tzv. korekční faktor (počet položek v čitateli dělený počtem položek ve jmenovateli). Výsledné hodnoty blízké nule znamenají relativně rovnovážný stav a hodnoty blíží se 1 vyjadřují nerovnováhu mezi poměrem úsilí a odměn v pracovním procesu. Siegrist uvádí, že konstrukce tohoto skóru slouží k přenesení se ze subjektivní úrovně hodnocení odměn a úsilí (subjektivní položky) na objektivnější rovinu hodnocení ztrát a zisků v pracovním životě. Skóre je následně transformováno na binární proměnnou (hodnoty menší nebo rovny 1 versus hodnoty větší než 1), nebo logaritmicky transformováno na kontinuální stupnici. V tomto případě se bod 1 stane centrální hodnotou. Zmíněná transformace má výhodu v tom, že poskytne více informací a také generuje robustnější statistické efekty. Posléze se mohou počítat tercily, kvartily apod.. Naopak, binární rozdělení má výhodu při porovnávání několika rozličných souborů.

Podobný postup výpočtu zvolili ve své studii Bakker et al. (2000). Prováděli výzkum u 204 zdravotních sester v Německu. Testovali hypotézu, zda nerovnováha mezi vysokým vnějším úsilím (pracovními nároky) a nízkými vnějšími odměnami je spojena se syndromem vyhoření (burnout syndromem, BS). Postupovali tak, že rozdělili respondenty na rizikovou skupinu (horní tercil) a nerizikovou skupinu (dolní a prostřední tercil). Veličina ERI byla vypočítána dle výše zmíněného vzorce $e / (r * c)$. Hodnoty blízké jedničce a méně, než jedna, značily rovnováhu a byly rekódovány jako neriziková populace. Hodnoty vyšší než jedna vyjadřovaly nerovnováhu a následně byly rekódovány jako riziková populace. Výzkumníci poté provedli sérii testů ANOVA, kde veličina ERI vystupovala v roli nezávisle proměnné a jako závisle proměnné sloužily jednotlivé dimenze veličiny burnout syndrom, měřené pomocí mezinárodně uznávaného dotazníku Maslach Burnout Inventory.

K výpočtu veličiny ERI dle algoritmu $e / (r * c)$ uvádí Preckel et al. (2007: 100-101) dvě potenciální rizika. Zabývá se vhodností užití v literatuře definovaného bodu 1, který dělí stav rovnováhy a nerovnováhy mezi úsilím a odměnami. Podle autora výpočet dle výše uvedeného vzorce implikuje, že veškeré úsilí je stejně silné a všechny typy odměn

mohou toto úsilí vyvážit. Toto je v rozporu s uznávanou expektanční teorií motivace Victora H. Vrooma, která tvrdí, že ne všichni jedinci hodnotí stejně různé odměny a jejich pracovní úsilí závisí právě na subjektivním vnímání přínosů z očekávaných odměn. Za druhý nedostatek považuje Preckel skutečnost, že pouze málo studií hodnotilo optimálnost stanovené hranice 1 jako vhodného rozhraní mezi rovnovážným a nerovnovážným stavem.

Jiný způsob analýzy modelu ERI nabízí ve své studii van Vegchel et al. (2001). Veličiny modelu ERI posuzovali s pomocí mnohonásobné logistické regrese. Pro tyto účely nejprve jednotlivé položky dichotomizovali následujícím způsobem. Průměrná skóre jednotlivých typů úsilí (psychologické, fyzické a emocionální) byla dichotomizována pomocí rozdělení na tercily tak, že nejnižší tercil byl pojmenován vysoké nároky (označen hodnotou 1) a zbývající dva jako nízké nároky (označeny hodnotou 0). V dalším kroku byly podobným postupem dichotomizovány indikátory veličiny odměny. Autoři jich definovali šest: jistota práce, možnost povýšení, peníze, férové zacházení, konzistence statusu a sociální podpora. Nejnižší tercil dostal označení nízké odměny a zbývající dva tercily dostaly název vysoké odměny. Nakonec byl spočítán výsledný ukazatel ERI konstrukcí čtyř nezávislých kategorií:

- nízké úsilí a malé odměny
- nízké úsilí a velké odměny
- vysoké úsilí a velké odměny
- vysoké úsilí a malé odměny: toto je situace nerovnováhy modelu ERI

1.3.2 Aplikace modelu

Model ERI byl od svého vzniku použit v řadě studií s různým tematickým zaměřením. Původně se sledovaly kardiovaskulární důsledky dlouhodobé nerovnováhy mezi vysokým úsilím a nízkými odměnami pociťované zaměstnanci. Od konce devadesátých let 20. století se užití modelu rozšířilo na další oblasti, převážně spadající do působnosti sociologie medicíny a sociální psychologie.

Van Vegchel et al. (2005) vytvořili přehledovou studii reflektující 45 empirických výzkumů ERI provedených v různých zemích světa mezi lety 1986 – 2003 včetně. Do

přehledu zahrnuli výzkumy, které testovaly vždy alespoň dvě ze tří klíčových komponent modelu (úsilí, odměny, nadměrná angažovanost). Následně rozdělili studie do tří tematických bloků, které byly vytvořeny dle charakteru sledovaných výstupů. Jednalo se o výstupy fyzického zdraví, behaviorální a psychologické.

První skupina zahrnovala studie zaměřující se na souvislost kardiovaskulárních a jiných onemocnění se stresem pramenícím z dlouhodobě nepříznivé bilance mezi úsilím a odměnami pracovníků. Do této skupiny zařadili autoři 25 studií. Kromě jediné, která zkoumala zvýšenou produkci hormonu kortizolu organismem, se týkaly přímo kardiovaskulárních onemocnění (cardiovascular diseases, CVD). Všechny studie potvrdily hypotézu, že nerovnováha ERI v práci pozitivně korelovala s výskytem koronárních příhod. Metoda logistické regrese ukázala, že zaměstnanci vykazující nerovnováhu ERI mají jedenkrát až devětkrát zvýšené riziko vzniku CVD oproti těm, u nichž se tato nerovnováha nevyskytuje. Autoři uvádějí, že souhlasné výsledky studií zařazených do první skupiny nelze zobecnit na celou populaci, jelikož naprostá většina z nich se prováděla pouze u mužů.

Do druhé skupiny byly zařazeny tři studie, jež se zabývaly behaviorálními reakcemi na stres vznikající z nerovnováhy mezi úsilím a odměnami zaměstnanců. V této souvislosti se zkoumaly různé formy závislostí, především konzumace alkoholu a kouření. Platnost hypotéz modelu ERI se potvrdila ve dvou studiích, které se týkaly výše zmíněných závislostí. Zaměstnanci, kteří pociťovali dlouhodobou nevyváženost mezi úsilím a odměnami, měli větší sklony k nadměrné konzumaci alkoholu, případně k častějšímu kouření. Třetí studie v této skupině se zabývala hypotézou, zda nerovnováha ERI souvisí se zvýšeným absentérstvím. Tato souvislost se však nepotvrdila.

Třetí skupinu charakterizovaly studie zkoumající vliv nerovnováhy ERI na psychickou pohodu jedinců. V rámci této skupiny výzkumníci definovali dvě podkategorie. Jedna zahrnovala výzkumy zabývající se psychosomatickými příznaky, druhá se vztahovala na sledování pracovní pohody zaměstnanců. Kategorie psychosomatických symptomů obsahovala 16 studií, jež se týkaly fyzických příznaků s výraznější psychologickou podstatou. Jednalo se o rozličnou paletu témat, od psychického zdraví a depresí až po fyzické zdraví a muskuloskeletární symptomy. Většina těchto studií potvrdila, že nerovnováha ERI navyšuje riziko vzniku psychosomatických symptomů, a to až devatenáctkrát. Druhá podskupina sledující pracovní pohodu zaměstnanců obsahovala

sedm studií. Podrobněji o této skupině pojednáváme v části práce nazvané „Výzkumy kombinující model ERI a well-being.

Jiné tematické členění výzkumů spjatých s modelem ERI nabízí ve svém přehledu Siegrist (2008: 1). Na rozdíl od výše zmíněné kategorizace na tři skupiny navrhuje Siegrist podrobnější rozlišení, podle kterého dělí publikace evidující ERI na sedm bloků:

1. přehledové studie
2. kardiovaskulární rizika a onemocnění – zde je nejvíce výzkumných studií
3. psychiatrické poruchy – zejména deprese, méně závislosti (alkoholismus, kouření)
4. subjektivní zdraví a jeho symptomy – zdraví a well-being
5. nemocnost – zjišťována jak krátkodobá, tak dlouhodobá nemocnost
6. stresové mechanismy – snaha vysvětlit psychosomatické mechanismy spojující stresující zážitky v důsledku nerovnováhy ERI s negativními následky na zdraví; zahrnuje monitoring v přirozeném prostředí, experimentální studie a epidemiologický výzkum u vysoce rizikových skupin
7. jiné výstupy – nejsou přímo spojeny se zdravím, například pracovní spokojenost, burnout syndrom, deviantní chování

1.3.3 Srovnání modelu ERI a modelu JD-C

Badatelé zabývající se souvislostmi mezi pracovním stresem a zdravím zaměstnanců nezdírkou ve svých výzkumech využívají pro srovnání jak model ERI, tak již zmíněný model Job Demand – Control (JD-C model) od Roberta Karaska (Siegrist et al. 2006/2004; Siegrist 1996; Pikhard et al. 2004/2001; De Jonge et al. 2000).

Karaskův model tvrdí, že primární zdroje pracovního stresu leží ve dvou základních charakteristikách samotné práce: v psychologických pracovních nárocích a v kontrole nad vlastní prací. Psychologické pracovní nároky (či pracovní zátěž) autor definuje jako psychologické stresory přítomné v pracovním prostředí (např. časový tlak, vysoké pracovní tempo, psychicky náročná práce). Kontrola nad prací vyjadřuje schopnost pracovníka mít pod kontrolou své pracovní aktivity a využít vlastní schopnosti. Psychické napětí se

objevuje v důsledku smíšeného (interakčního) efektu pracovní zátěže a míry kontroly nad vlastní činností. Podle modelu JD-C vzniká nejsilnější stresová reakce v situaci, kdy pracovní nároky jsou extrémně vysoké a zároveň kontrola nad prací slabá. Takto charakterizovaná činnost je vysoce zátěžová. Druhým tvrzením modelu je poznatek, že pokud je práce nastavena tak, aby nabízela jedinci vysokou kontrolu nad vlastními činnostmi, a zároveň na něj klade přiměřeně vysoké nároky, vyvolává u něj motivaci, touhu rozvíjet se a učit se novým dovednostem. Taková práce se označuje jako aktivní.

Siegrist et al. (2004: 1494) upozorňuje na společné a rozdílné aspekty modelů ERI a JD-C. Oba modely mají společné zaměření na oblast pracovního stresu a vyznačují se vysokou mírou zobecnění. Zároveň, proměnné obou modelů se měří pomocí sebehodnotících dotazníků a data jsou analyzována podle definovaných postupů. Modely se však v několika základních kritériích liší. Zatímco Karaskův model JD-C měří strukturální aspekty psychosociálního pracovního prostředí, Siegristův model ERI zahrnuje jak strukturální, tak osobní charakteristiky. Další rozdíl vychází z odlišného dosahu modelů. Komponenty modelu ERI, jako jsou možnosti rozvoje, jistota práce a plat, souvisejí s makroekonomickými aspekty trhu práce. Model JD-C nemá tak široký záběr a soustředí se pouze na situační charakteristiku pracovního místa. Modely se liší i v politické rovině. Paradigma kontroly spjaté s modelem Karaska poukazuje na strukturu moci, dělbu síly a míru demokracie v práci. Paradigma odměn vlastní Siegristovu modelu věnuje pozornost tématu distribuce spravedlnosti a férového přístupu na pracovišti.

De Jonge et al. (2000) zkoumali oddělený i smíšený efekt modelů na osobní pohodu pracovníků. Do výzkumu bylo zařazeno 11 636 zaměstnanců obou pohlaví v Holandsku. S využitím logistické regrese se ukázalo, že oba modely nezávisle na sobě predikovaly pocit nižší osobní pohody respondentů, bez ohledu na jejich pohlaví a věk. Při vzájemném srovnání byl model ERI o něco lepším nástrojem pro odhad nižší osobní pohody, než model JD-C.

Oba modely byly současně využity i v komparativním výzkumu Siegrista et al. (2006). Studie byla prováděna v deseti evropských zemích na rozsáhlém vzorku zaměstnanců starších padesáti let (3523 mužů, 3318 žen). Cílem bylo zjistit, zda mají kritéria snížené kvality práce (reprezentována modely ERI a JD-C) a nižší well-being vliv na předčasný odchod do důchodu. Výsledky potvrdily předem formulované hypotézy, že obě zvolená kritéria mají na předčasný odchod do důchodu vliv. Autoři uvádějí, že jimi

vytvořený model, který obsahoval současně všechny zvolené komponenty, tedy pocit malé osobní pohody, nerovnováhu mezi úsilím a odměnami a nízkou kontrolu nad vlastní prací, vykazoval nejvyšší predikční hodnotu. Z těchto výsledků a v souladu s oběma diskutovanými modely vyvodili praktická doporučení, že pro prevenci předčasného odchodu do důchodu je podstatné udržovat zaměstnancům dobrou kvalitu práce, mimo jiné důrazem na rovnováhu mezi úsilím a odměnami a také možností dostatečné kontroly nad vlastními činnostmi.

K podobným závěrům došla také studie publikovaná mezinárodním týmem badatelů v roce 2015. Vědci využili zkrácenou verzi dotazníku ERI a Karaskuv model kontroly JD-C. Testovali, zda mají oba modely vliv na předčasný odchod do důchodu. Výzkum probíhal v rámci anglické longitudinální studie o stárnutí. Zkoumanou populací bylo 1263 pracovníků ve věku 50-74 let. Podle výsledků se pracovníci s nerovnováhou ERI a také ti s nižší možností kontroly dle Karaskova modelu statisticky významně častěji rozhodli pro dřívější odchod do důchodu, nezávisle na jejich věku, pohlaví, vzdělání, zaměstnání a sklonům k depresi. Autoři konstatují, že politická opatření, která by měla za cíl vytvoření méně stresujícího psychosociálního pracovního prostředí, by způsobila nižší počet předčasných odchodů do důchodu a tím i vyšší produktivitu států díky delšímu udržení ekonomicky aktivních pracovníků na trhu práce (Hints et al 2015).

1.3.4 Využití modelu ERI v České republice

V dostupné literatuře se lze dopátrat několika výzkumů modelu ERI provedených od roku 2000 do současnosti v České republice (Wahrendorf et al. 2013; Niedhammer et al. 2012; Salavecz et al. 2010; Pikhard et al. 2004/2001). Všechny tyto studie byly mezinárodní a naše republika v nich figurovala jako jedna z evropských zemí². Cílem byla komparace výsledků mezi sledovanými státy. Ve všech případech byl model ERI využit jako jedna z významných psychosociálních charakteristik pracovního prostředí, které mají výrazný vliv na mentální a fyzické zdraví, motivaci a spokojenost jedinců. Kromě modelu ERI se v rámci těchto charakteristik zkoumaly např. rozmanitost pracovních úkolů, sociální podpora, kontrola nad činnostmi.

² Česká republika byla v těchto výzkumech řazena někdy mezi země středoevropské, někdy mezi východoevropské či post-komunistické.

Výzkum Pikharda et al. (2001) se zabýval souvislostí mezi psychosociálními charakteristikami práce a vlastním ohodnocením zdravotního stavu³ ve čtyřech post-komunistických evropských zemích (Polsko, Česká republika⁴, Litva, Maďarsko). Výzkumný vzorek obsahoval 2846 osob. Ve všech těchto státech se prokázal negativní vliv nerovnováhy ERI na zdravotní stav dotázaných. Autoři konstatují, že výsledky prvního šetření tohoto druhu v zemích bývalého komunistického bloku ukazují na shodné tendence se státy západní Evropy. Ke shodnému výsledku došli i Salavecz et al. (2010), kteří srovnávali podobná kritéria mezi vybranými západoevropskými a post-komunistickými zeměmi.

Novější Pikhardova mezinárodní studie (2004) se soustředila na vztah mezi psychosociálními pracovními faktory (reprezentovanými modely ERI a JD-C) a depresí ve třech zemích střední a východní Evropy (Rusko, Polsko, Česká republika⁵). Ve vzorku bylo zastoupeno celkem 645 mužů a 523 žen ve věkovém intervalu 45-64 let. I v tomto šetření se potvrdila očekávaná hypotéza, že nerovnovážený stav mezi vysokým pracovním úsilím a nízkými odměnami vede u zaměstnanců k vyššímu riziku vzniku deprese. Tato tendence se prokázala ve všech sledovaných zemích a u obou pohlaví. Autoři navíc upozornili, že deprese může být významnou příčinou vzniku kardiovaskulárních nemocí a také může být jedním z mechanismů spojujících rizikové psychosociální faktory v práci a chronické nemoci.

Rozsáhlý komparativní výzkum ve 31 evropských zemích, včetně České republiky, provedli Niedhammer et al. (2012). V rámci pravidelného evropského šetření pracovních podmínek uskutečněného v roce 2005 sledovali výskyt jednotlivých rizikových psychosociálních faktorů ve státech celé Evropy. Do studie zahrnuli 14 881 mužů a 14 799 žen pracujících v nejrůznějších profesích. Kromě veličin modelu ERI využili další rizikové psychosociální faktory (celkem 18). Jednalo se např. o nízké rozhodovací možnosti, vysoké psychologické nároky kladené na zaměstnance, stres, nízkou kolegiální podporu na pracovišti, psychické tlaky, sexuální obtěžování, šikanu, diskriminaci, konflikt mezi pracovním a rodinným životem, přesčasy a jiné. Badatelé našli významné rozdíly mezi výskytem těchto rizikových pracovních faktorů v jednotlivých zemích. V některých zemích, zejména ze severní Evropy (Norsko, Dánsko, Holandsko), byl pozorován nižší

³ Vlastní hodnocení zdravotního stavu (self rated health) je často sledovanou charakteristikou v socio-epidemiologickém výzkumu.

⁴ Za ČR se výzkumu účastnilo Oddělení preventivní kardiologie v Institutu Klinické a Experimentální Medicíny, Praha.

⁵ ČR byla reprezentována Národním institutem veřejného zdraví v Praze a Krajským institutem veřejného zdraví v Karvině.

výskyt rizikových psychosociálních faktorů (čtyř a více) ve srovnání se zeměmi jižní, střední a východní Evropy, kde se tato rizika objevovala významně častěji (Česká republika, Řecko, Litva, Turecko). Výzkumný tým upozornil na možnost využití těchto informací při tvorbě strategií k optimalizaci pracovních podmínek na evropské úrovni.

Výsledky z nejnovějšího doposud provedeného výzkumu, který zkoumal ERI i v ČR, publikovali Wahrendorf et al. na počátku roku 2013. Autoři sledovali vliv špatných pracovních podmínek u zaměstnanců středního věku (40-55 let) na jejich pozdější psychický zdravotní stav, zejména na sklony k depresi, v důchodovém věku (60 a více let). Analýza vycházela z dříve uskutečněných komparativních studií⁶ ve třinácti evropských zemích. Na základě modelů ERI a JD-C jakožto indikátorů pracovního stresu a dalších ukazatelů badatelé rozlišili čtyři typy nezdravých pracovních podmínek:

1. stresující psychosociální pracovní prostředí
2. znevýhodněná pracovní situace během středního věku
3. zkušenost s nevyžádanou ztrátou zaměstnání
4. nestabilní práce

Ukázalo se, že zaměstnanci, kteří byli ve středním věku vystaveni nezdravým pracovním podmínkám jedna a dvě, měli v důchodovém věku signifikantně vyšší riziko vzniku deprese. Stejná situace u podmínek tři a čtyři se potvrdila pouze u mužů. Z těchto zjištění je dle autorů možno učinit závěr, že střední věk je u zaměstnanců kritickým obdobím, kdy by se měl klást zvýšený důraz na udržování dobrých psychosociálních pracovních podmínek v rámci prevence vzniku pozdějších depresivních symptomů v důchodovém věku.

1.3.5 Přednosti a limity modelu ERI

Model ERI přispěl k vědeckému poznání v oblasti vztahu mezi psychosociálními faktory v práci a zdravím zaměstnanců. Jeho nespornou předností je multidisciplinární

⁶ Pro analýzu byly použity výsledky mezinárodní studie SHARE (the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), která proběhla v letech 2006-2007 a 2008-2009.

přesah. I když vzešel ze sociologie medicíny a psychosomatiky, obsahuje prvky sociální psychologie, organizačního rozvoje, veřejného zdravotnictví a ve svých důsledcích integruje i témata ekonomická a politická.

Další výhodou modelu je jeho univerzálnost. Jelikož se týká práce, která hraje jednu z klíčových rolí v životě dospělého člověka, může být využit ke zjištění balance mezi úsilím a odměnami u zaměstnanců různého věku a v různých profesích. Umožňuje jak zkoumání v rámci jedné země, tak mezinárodní srovnání.

Výsledky socio-epidemiologických studií využívajících model ERI by podle výzkumníků měly sloužit i k implementaci opatření zlepšujících pracovní podmínky zaměstnanců a přispívat tak k programům podpory jejich zdraví. Jak upozorňuje Siegrist (2008), vytváření „zdravých“ pracovních míst má kromě blahodárného vlivu na zdraví a well-being zaměstnanců také ekonomické výhody s dlouhodobým dosahem. Dodává, že politické důsledky modelu nejsou omezeny pouze na pracovní oblast, ale mohou být aplikovány i na dobrovolnictví a rozvoj sociálního kapitálu v rámci komunit.

Výstupy z modelu ERI mohou posloužit vedení organizací k vytváření cílených intervenčních strategií na úrovni organizační, skupinové i individuální (Lee et al. 2009). Nejširší rámec zahrnuje úpravy v oblasti financí, zaměstnaneckých benefitů, kariérních možností a spravedlnosti v odměňování. Intervence vycházející z modelu na střední organizační úrovni mohou přispět k lepším schopnostem vedoucích řídit se potřebami svých podřízených a tím udržovat vysokou pracovní morálku. Individuální rovina se zaměřuje na motivace jednotlivých pracovníků. Pokud cítí nevyváženost mezi vloženým úsilím a obdrženými odměnami, řešení této situace mohou hledat v kooperaci s přímým nadřízeným, který by měl zaměstnancům nabídnout možnost konzultací a poskytovat adekvátní zpětnou vazbu. Cílem všech zmíněných intervencí je podpora zdraví zaměstnanců a snaha o vytváření příznivých psychosociálních pracovních podmínek.

Limitace výzkumů s modelem ERI

Ačkoli naprostá většina studií verifikujících model ERI potvrdila jeho platnost, autoři se zároveň vyjadřují k možným limitacím provedených výzkumů. Tato omezení lze vnímat jako standardní v rámci výzkumů ověřujících teoretický koncept. Shrňme je do několika bodů.

V řadě studií nebyly výzkumné soubory sestaveny reprezentativně, proto je obtížné vztáhnout zjištění na celou populaci. Do souboru byli v mnoha případech zahrnuti pouze muži, nebo se šetření týkalo jen osob z určitých profesí (Bathman et al. 2013; Shimazu, de Jonge 2009).

Z metodologického hlediska docházelo rovněž k několika limitacím. Dotazníky ERI byly pro účely jednotlivých šetření různě upravovány, zkracovány, případně si výzkumníci vybrali určitou část modelu, kterou využili. Také způsoby analýzy dat se lišily podle rozličných záměrů výzkumů. V tomto případě lze ovšem odkázat na tvrzení tvůrce modelu Siegrista, který sám upozorňuje na několik možných způsobů analýzy dat (van Vegchel et al. 2001: 11).

V průřezových studiích využívajících model ERI může docházet k obtížím rozlišit příčinu a následek (tzv. obrácená kauzalita). Např. při zkoumání vlivu nerovnováhy ERI na depresi se může stát, že osoba s depresivními příznaky přijme horší práci, než osoba bez deprese. Obrácená kauzalita se však vyskytuje poměrně zřídka (Siegrist et al. 2006; Pikhard et al. 2004; Bakker et al. 2000; de Jonge et al. 2000; Peter, Siegrist 1997).

Další často zmiňovaná limitace souvisí se subjektivním hodnocením respondentů. Lidé mohou různě posuzovat vlastní zdraví, pracovní podmínky či míru stresu v práci. Přitom z objektivního hlediska situace může být lepší, než deklarují. Model ERI však posuzuje právě míru rovnováhy mezi úsilím a odměnami podle subjektivního hodnocení osobami. Zároveň však tvrdí, že pokud vnímají tuto bilanci jako dlouhodobě nevyváženou, může to vést k objektivnímu zhoršení fyzického i psychického zdravotního stavu.

Obecným zkreslením, se kterým se potýkají všechny výzkumy prováděné formou dotazníků vyplňovaných respondenty, je tzv. negativní afektivita (negative affectivity). Vyjadřuje jejich celkové negativní naladění, které může vyvolat záměrné zkreslování údajů v dotazníku. Existují však metodologické nástroje, kterými lze respondenty s negativní afektivitou identifikovat a jejich data následně vyřadit (Preckel et al. 2007; Siegrist et al. 2004; van Vegchel et al. 2001).

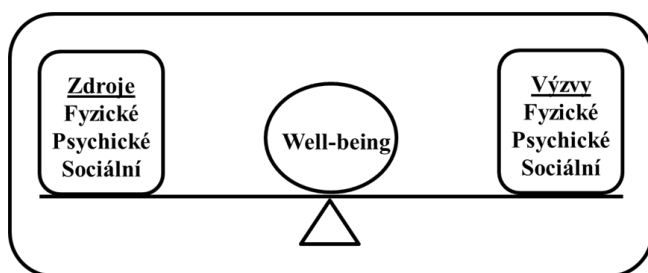
1.4 Well-being (osobní pohoda)

Pojem well-being (WB) lze definovat jako dobrý nebo uspokojivý stav existence vyznačující se zdravím, pocitem štěstí, prosperity a blaha (dictionary.com 2015). Termín však nemá jednotný význam ani jednotné vymezení. V anglosaském prostředí se spojuje s řadou příbuzných pojmů, jejichž definice se však s WB nedá zcela ztotožnit. Jedná se např. o „life satisfaction“ (životní spokojenost), „pleasure“ (radost), „welfare“ (blaho), „happiness“ (štěstí), případně „welfare“ (prožitek blaha) „state of being healthy“ (stav zdraví), či „wellness“, „fitness“ (tělesná pohoda) (Kebza, Šolcová 2003b).

Výraz pohoda je často ztotožňován s pojmem well-being. V české terminologii se WB spojoval zejména s duševní pohodou, která ovšem jeho obsahový rámec překrývá pouze částečně. Kromě duševní dimenze obsahuje WB také dimenzi sociální a fyzickou. Proto se začalo užívat významově širšího slovního spojení **osobní pohoda**, jakožto českého ekvivalentu pojmu well-being (Kebza, Šolcová 2003b: 334).

Dodge et al se pokusil o novou definici tohoto nejednotného pojmu, ve které zohledňuje jeho mnohotvárnost. Jak je znázorněno na obrázku 2, Dodge pojímá well-being jako rovnovážný stav mezi fyzickými, psychickými a sociálními zdroji (resources) jedince na jedné straně a mezi jeho fyzickými, psychickými a sociálními výzvami (challenges) na straně druhé (Dodge et al. 2012: 230). Autoři upozorňují, že tato nepřiliš odborná definice má několik výhod. Díky své jednoduchosti přispívá k pochopení jinak příliš sofistikovaného pojmu širokou veřejností. Definice je univerzální a dá se použít na lidi bez ohledu na jejich pohlaví, věk a etnickou příslušnost. Na toto pojetí pojmu well-being je nahlíženo pozitivně, vnímá jedince jako aktéra s možností volby a šancí stát se díky tomu úspěšným. Poslední uvedená přednost této definice spočívá v měřitelnosti pojmu díky jednoznačné operacionalizaci jeho komponent (tamtéž: 230-232).

Obrázek 2. Definice well-beingu



Zdroj: Dodge et al. 2012: 230. Vlastní překlad a úpravy.

První úvahy o pojmu well-being, chápaném ve smyslu prožitku radosti a štěstí, se rozvíjely již u antických filozofů. Aristoteles vnímal stav blaženosti (eudaimonía) jako nejvyšší dobro, které si může člověk zajistit svým jednáním. Součástí blaženosti byla podle Aristotelova učení i snaha o mravní dokonalost. Vědecký zájem o pojem well-being se nejprve objevil na poli psychologie. Postupně se WB začal přenášet do dalších disciplín, a to jak společenskovědních, tak přírodovědných. Své uplatnění nachází kromě filozofie a psychologie rovněž v sociologii, pedagogice, ekonomii, ale také v medicíně a jejích podoborech (Kebza, Šolcová 2003b).

V současnosti existují zejména ve Velké Británii, v USA a v Austrálii vědecké i soukromé instituce, které se výlučně zaměřují na výzkum v oblasti well-being, případně kombinují orientaci na zdraví a well-being. Ve Spojeném království lze nalézt například Well-being Institut v rámci univerzity v Cambridge, Institut zdraví a well-being v působnosti univerzity v Glasgow, případně univerzity v Leedsu⁷. Ve Spojených státech amerických se podobné instituce nacházejí například na Arizonské univerzitě v Tucsonu, na univerzitě v Towsonu, či Centrum well-being a flexibilní práce univerzity v Minnesotě⁸. V Austrálii se nachází institut well-being zakládající se na principech holistické medicíny.⁹

1.4.1 Dimenze osobní pohody a její determinanty

Jak jsme zmínili, v odborných studiích zkoumajících well-being neexistuje jednotné vymezení této veličiny. Autoři se také liší v typu a počtu dimenzí, ze kterých se podle nich osobní pohoda skládá. Každá z dimenzí má rozličný počet složek, jež ji dle výzkumníků tvoří. Nejednotnost panuje rovněž ve vymezení prediktorů a determinant pojmu. Tato pestrá paleta návrhů, jak má být osobní pohoda definována, zpravidla ústí ve vytváření různých konstruktů, tvořených souhrnem těch dílčích součástí, které se výzkumníci rozhodnou zahrnout. Často je pak hodnota výsledného konstruktů vyjádřena formou indexu či škály. V následující části textu přiblížíme základní dimenze pojmu a nejfrekventovanější způsoby jeho operacionalizace.

⁷ <http://www.wellbeing.group.cam.ac.uk/>, <http://www.gla.ac.uk/researchinstitutes/healthwellbeing/>,
<http://www.leedsbeckett.ac.uk/research/research-areas/research-institutes/institute-for-health-and-wellbeing/>

⁸ <https://ipw.arizona.edu/>, <http://www.towson.edu/iwb/>, <http://www.flexiblework.umn.edu/>

⁹ <http://www.wellbeinginstitute.com.au/>

V psychologii se osobní pohoda vnímá jako kategorie na pomezí afektů, nálad, osobnostních rysů a postojů. Skrývá tedy v sobě jak aktuální, tak dlouhodobější naladění jedince, spolu s jeho osobním založením a jeho hodnocením sebe i druhých. Z výše uvedeného je patrné, že pojem osobní pohoda je vnímán velmi komplexně. Tomu odpovídá i nejednotná operacionalizace WB a na ni navazující široké spektrum rozličných způsobů měření tohoto pojmu. V mnoha psychologických pojetích zahrnuje operacionalizace osobní pohody dimenzi pozitivní versus negativní afektivity a dimenzi životní spokojenosti. Pozitivní afektivita vyjadřuje způsob, kterým lidé a zvířata prožívají pozitivní emoce a jak interagují s okolím (Thompson et al. 2009). Negativní afektivita sleduje prožívání negativních emocí a vnímání sebe sama (Watson, Clark 1984). Další dimenze zahrnuté do operacionální definice WB se značně liší.

Kebza a Šolcová (2004; 2003b) uvádějí přehled několika hojně využívaných pojetí osobní pohody, v rámci nichž upozorňují na rozličné chápání jednotlivých dimenzí WB. Častou variantou je schéma navržené Ryffovou a Keyesovou v roce 1995. Autorky dělí osobní pohodu na šest částí:

- Sebepřijetí (self-acceptance) – spokojenost s vlastní osobou, pozitivní postoj k sobě, srozumění s vlastními dobrými a špatnými vlastnostmi, s vlastní minulostí
- Pozitivní vztahy s druhými – empatie, zájem o druhé a jejich spokojenost
- Autonomie – nezávislost na hodnocení a očekávání druhých, sebeurčení
- Zvládání životního prostředí (environmental mastery) – schopnost zvládat nároky každodenního života, využít vnější dění pro dosažení vlastních cílů a potřeb
- Smysl života (purpose in life) – směřování k dosažení cílů
- Osobní rozvoj (personal growth) – otevřenost vůči novým podnětům, pocit trvalého vývoje (Ryff, Keyes 1995)

Životní cíle formují smysl života. Ve studiích popisujících vztah mezi životními cíli a well-being lze vysledovat několik společných poznatků (Šolcová, Kebza 2004:26-27):

1. dlouhodobější cíle jsou těsněji spojeny s well-being, než krátkodobé cíle
2. soulad s vlastní osobou (self-concordance), který vyjadřuje shodu mezi cíli jedince a jeho hodnotami a zájmy, je pro well-being důležitým předpokladem
3. cíle, které přispívají ke zdokonalení skupiny (sebe-přesahující) mají významnější vliv na osobní pohodu, než ty, které vedou k vlastnímu zdokonalení (sebe-zdokonalující); tedy cítíme se pohodověji tehdy, když svou činností rozvíjíme nejen sebe, ale i své okolí

Podstatnou psychologickou determinantou osobní pohody je sebehodnocení. Platí, že „zdravé“ sebevědomí, tedy vyšší, ale realistické, přináší lepší prožitek well-being.

Další skupinu metod monitorujících well-being charakterizuje zaměření na úroveň subjektivně prožívaného štěstí, případně dalších pozitivních emocí. Sociální psycholožka S. Lyubomirsky navrhla se spolupracovníky škálu „Subjective Happiness Scale“, která prostřednictvím čtyř položek měří celkovou úroveň subjektivně prožívaného štěstí (Lyubomirsky 2001). Tvrdí, že lidé, kteří se subjektivně hodnotí jako šťastní, nebo nešťastní se systematicky odlišují ve využívání kognitivních a motivačních strategií. Tyto strategie pak mají vliv na prožívání osobní pohody.

Medicína vnímá well-being jednak jako celistvě pojímané zdraví, jednak jako koncept spojený se životním stylem (Kebza, Šolcová 2003). Vztahování WB ke zdraví započalo v období po 2. světové válce, kdy Světová zdravotnická organizace (WHO) přišla v roce 1948 s definicí zdraví, jakožto stavem úplné tělesné, duševní a sociální pohody. Došlo tak k významnému odklonu od vnímání zdraví „pouze“ jako nepřítomnosti nemoci, ale byly zohledněny všechny významné složky podílející se na zachování dobrého zdravotního stavu jedinců. Kromě fyzické oblasti přibýly také složky duševní a sociální (Janečková, Hnilicová 2009:230).

Subjektivní pocit vlastního zdravotního stavu se objevuje v mnoha studiích jako další veličina související s osobní pohodou. Výzkumy staršího data dávaly přednost vysvětlení, že zdraví má jednostranný vliv na pocit well-being, novější studie se přiklánějí k možnosti oboustranného vzájemného působení mezi subjektivně vnímaným zdravotním stavem a úrovní osobní pohody (Hunt 2003; Pikhart et al. 2001; Šolcová, Kebza 2005).

Životní styl a jeho vliv na zdraví je v dnešní době velmi sledovanou kategorií. Aspekty nezdravého životního stylu, mohou být příčinou i důsledkem nedostatku fyzické, duševní i sociální pohody. Jedná se zejména o stres, kouření, nadměrnou konzumaci alkoholu, špatné stravování a nedostatek pohybu. Všechny tyto faktory zapříčiňují tzv. civilizační nemoci, které v posledních třech desetiletích způsobují ve vyspělých zemích více než 50 % úmrtí (Kebza, Šolcová 2003b).

V sociálních vědách bývá osobní pohoda často dávána do souvislosti s kvalitou života. Koncept kvality života přitom vyjadřuje nadřazenou kategorii, která je tvořena dvěma základními dimenzemi: subjektivní osobní pohodou a objektivní osobní pohodou. Subjektivní dimenze bývá zpravidla složena z těchto částí: psychická osobní pohoda, osobní zvládnání, sebeúcta a sebeuplatnění. Objektivní dimenze se skládá ze zdravotního stavu, socioekonomického statusu a z ukazatelů funkční kapacity organismu. Zmíněné součásti komponent se mohou dále členit na specifitější kategorie. (Šolcová, Kebza 2004)

Významnou sociální determinantou ovlivňující úroveň well-being je sociální opora. Zkoumá se jak četnost sociálních vztahů a kontaktů jedince, tak jejich kvalita. Další perspektivu sociální pohody uvádí Keyesová, kterou jsme zmínili již v souvislosti s psychologickými souvislostmi osobní pohody. V rámci charakterizace sociálních dimenzí osobní pohody rozlišila sociální integraci (jak člověk hodnotí své vztahy ke komunitě a společnosti), sociální akceptaci (jaký má člověk pohled na společnost a druhé), sociální přínos (jakou má člověk sociální hodnotu pro společnost), sociální aktualizaci (jaký má společnost vliv na svůj vlastní vývoj) a sociální soudržnost (Keyes 1998).

Osobní pohoda byla zkoumána také v souvislosti s vírou. Výsledky studií nepřinášejí jednotné závěry. Přesto lze konstatovat, že vnitřní prožitek víry (intrinzická religiozita) je pro osobní pohodu důležitější, než vnější demonstrování víry, např. formou chození do kostela, účasti na společných náboženských událostech (extrinzická víra). Intrinzická víra přispívá k pocitu větší jistoty, smyslu života, směřování k naplnění životních cílů a to se může odrážet na celkovém životním naladění včetně osobní pohody (Kebza, Šolcová 2003: 339-340).

Kolman, Hofstede, Noorderhaven, Dienes (2003) zkoumali ve své průřezové studii kulturních rozdílů v západní a centrální Evropě rozdíl ve vnímání osobní pohody u „západní“ a „východní“ kultury. Západní kulturu, kterou reprezentovalo Nizozemí, označili jako individualistickou a nezávislou. Východní kulturu, kterou reprezentovaly

čtyři země střední Evropy (Česká republika, Slovensko, Polsko a Maďarsko), považovali naopak za kolektivistickou a závislou. Vycházeli přitom ze známého schématu základních dimenzí kultury, které publikoval jeden z autorů článku Geert Hofstede začátkem osmdesátých let dvacátého století (Hofstede 1984)¹⁰. Autoři studie porovnávali data se vzorkem srovnatelných souborů ze Severní Koreje a z USA. Ukázalo se, že osoby ze západní kultury skórovaly výše v pocitu osobní pohody, než osoby z východní kultury. V této souvislosti můžeme poukázat na částečný vliv sociokulturního prostředí na osobní pohodu osob.

Ekonomický přístup se zaměřuje především na souvislost mezi výší příjmů a osobní pohodou. V různých studiích se ukazuje, že osobní pohoda roste jen do určité výše příjmu, která zajišťuje standart považovaný daným jedincem za dostatečný. Po dosažení této úrovně již neroste. Pro tuto skutečnost hovoří i klasická dvoufaktorová motivační teorie Fredericka Herzberga, která řadí výši příjmu mezi tzv. hygienické faktory. Dostatek těchto faktorů podle Herzberga nezvyšuje lidskou motivaci, ale jejich nedostatek snižuje spokojenost. Druhá skupina faktorů, tzv. motivátory (např. dílčí úspěchy, pocit smysluplnosti, projevy uznání od okolí), naopak přispívají ke zvyšování motivace, pokud jedinci cítí jejich dostatek (Herzberg et al. 1993). Podstatnější, než samotná výše příjmu, je relativní výše příjmu a srovnávání se s druhými. Pokud cítí pracovník při porovnání svého příjmu s kolegy nerovnováhu, snižuje to jeho pracovní motivaci, spokojenost a také osobní pohodu.

Další kategorií související s well-being je vzdělání. Vliv vzdělání se ukázal být nepřímý. Vzdělání ovlivňuje povolání a výši příjmu, tedy významné prvky socioekonomického statusu jedince. Výše socioekonomického statusu pak přímo ovlivňuje míru osobní pohody. S vyšší úrovní vzdělání roste socioekonomický status jedince a tím také roste osobní pohoda. Jak uvádějí Kebza a Šolcová (2003b: 339), například ztráta zaměstnání jakožto silný stresor velmi negativně poznamenává pocit osobní pohody a zdraví člověka. Stejní autoři ve výzkumu prediktorů osobní pohody u reprezentativního souboru české populace, publikovaném v roce 2005, zjistili, že vzdělání lidé jsou lépe vybaveni pro zvládání každodenních problémů a tato kompetence patrně vede k vyšší

¹⁰ Podle teorie Geerta Hofstede se každá kultura vyznačuje pěti univerzálními dimenzemi. Čtyři z nich identifikoval na základě rozsáhlého průzkumu mezi zaměstnanci IBM. Jednalo se o dimenzi vzdálenosti moci (power distance), individualismu (individualism), maskulinity (masculinity) a vyhýbání se nejistotě (uncertainty avoidance). Zbývající pátá dimenze byla odvozena z výzkumu hodnot provedeného v Číně a Hofstede ji nazval dlouhodobou orientací (long-term orientation). Všechny dimenze jsou bipolární a lze je měřit indexy nabývacími hodnot 0 – 100 (Hofstede 1984).

osobní pohodě. Z jejich výsledků vyplynulo, že lidé vysokoškolsky vzdělaní vykazují téměř jedenapůlkrát vyšší pocit well-being oproti lidem se základním vzděláním (Kebza, Šolcová 2005: 6-7).

1.4.2 Výzkumy kombinující model ERI a well-being

Jak jsme zmínili v části disertace nazvané Aplikace modelu ERI, Van Vegchel et al. sepsali v roce 2005 přehledovou studii monitorující 45 empirických výzkumů modelu ERI. Rozdělili tyto studie do tří tematických bloků, a to na výstupy fyzického zdraví, behaviorální a psychologické. Veličinu well-being zařadili do třetí zmíněné kategorie. V rámci této skupiny autoři definovali dvě podkategorie. První sledovala výzkumy zabývající se psychosomatickými příznaky, druhá se vztahovala na sledování pracovní pohody zaměstnanců.

Druhá podskupina sledující pracovní pohodu zaměstnanců obsahovala sedm studií. Dotýkaly se témat syndromu vyhoření, emocionálního vyčerpání, pracovní spokojenosti a pracovní motivace zaměstnanců. Většina těchto výzkumů (šest ze sedmi) byla prováděna ve zdravotnických zařízeních, jelikož práce v nich je typická zvýšenými nároky na psychickou odolnost zdravotnických i nezdravotnických pracovníků. V pěti studiích se prokázala spojitost mezi nerovnováhou ERI a nižší pracovní pohodou, doprovázenou emocionální vyčerpaností. Navíc, ve dvou studiích se potvrdil vliv veličiny nadměrná angažovanost (overcommitment) na nižší pracovní spokojenost, vyšší emocionální vyčerpanost a také zvýšený pocit depersonalizace.

Jedna z těchto studií se týkala souvislosti modelu ERI a syndromu vyhoření u zdravotních sester. Bakker et al. (2000) prováděli výzkum u 204 zdravotních sester v Německu. Testovali hypotézu, zda nerovnováha mezi vysokým vnějším úsilím (pracovními nároky) a nízkými vnějšími odměnami je spojena se syndromem vyhoření (burnout syndromem). Soubor analýz vyústil v potvrzení hypotézy. Sestry, které vykazovaly nerovnováhu ve smyslu dlouhodobě vysokých pracovních nároků a nízkých odměn skórovaly výše ve dvou ze tří klíčových dimenzí syndromu vyhoření (dimenze emocionálního vyčerpání a depersonalizace) oproti těm sestrám, které nerovnováhu nepocíťovaly.

Další studii kombinující ERI a well-being publikoval v roce 2000 tým holandských výzkumníků v čele s Janem de Jonge. Posbírali data od velkého reprezentativního vzorku 11 636 holandských zaměstnanců. Osobní pohoda zde byla vytvořena jako souhrnný ukazatel zahrnující tyto komponenty: emocionální vyčerpání, psychosomatické zdravotní potíže, symptomy fyzického zdraví a pracovní spokojenost. I zde se potvrdila hypotéza, že dlouhodobá nerovnováha mezi vyšším pracovním úsilím a nižšími odměnami vede ke zhoršení osobní pohody.

Ve stejném roce vyšla studie Natasji van Vegchel a kol., kteří porovnávali vliv ERI a well-being u 167 pomocných pracovníků ve zdravotnictví. Well-being zde opět vystupuje jako veličina složená z několika ukazatelů: psychosomatických zdravotních potíží, symptomů fyzického zdraví, vyčerpání a pracovní spokojenosti. Výsledky hovoří ve prospěch hypotézy vlivu nerovnováhy ERI na zhoršení osobní pohody.

Další výzkum spojující dva teoretické koncepty vyšel v Kanadě v roce 2005. Autorky provedly kvalitativní šetření formou hloubkových rozhovorů s osmi zdravotními sestrami, které byly odlišného věku a měly různé délky praxe. Z rozhovorů vzešly poznatky, že povolání kanadských zdravotních sester je charakteristické vysokou pracovní zátěží pramenící mimo jiné z nedostatku personálu. Tento neblahý stav se odráží ve zvýšeném pracovním stresu, vyšším výskytu vyhoření a rovněž v častějším absentérství. Jelikož je obtížné nahrazovat chybějící sestry, stávající pracovnice jsou vystaveny ještě vyššímu tlaku, který se promítá ve zhoršení osobní pohody a celkového zdravotního stavu. Sestry pociťují frustraci a stres, což zasahuje do jejich pracovního, rodinného i osobního života a může se negativně odrážet v přístupu k pacientům (McGillis Hall, Kiesners 2005).

Autor modelu ERI Johannes Siegrist s kolegy publikoval v roce 2006 studii, v níž se zaměřili na vztah mezi kvalitou pracovního života, osobní pohodou a záměrem starších pracovníků předčasně odejít do důchodu. K analýzám využili data z rozsáhlého komparativního výzkumu zdraví, stárnutí a odchodu do důchodu v deseti evropských zemích (SHARE - Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)¹¹. Zúčastnilo se 3523 mužů a 3318 žen. Osobní pohoda se skládala ze čtyř indikátorů: vlastního hodnocení zdravotního stavu, depresivních symptomů, kvality života a počtu uvedených tělesných symptomů. Výsledky ukázaly, že jak nízká úroveň kvality pracovního života (vyjádřená

¹¹ Komparativního výzkumu SHARE se zúčastnily tyto země Evropy: Rakousko, Německo, Švédsko, Nizozemí, Francie, Španělsko, Řecko, Itálie, Dánsko, Švýcarsko.

nerovnováhou ERI), tak nízká úroveň osobní pohody, mají nezávislý vliv na záměr odejít předčasně do důchodu.

V roce 2010 vyšel článek mapující roli dosahování pracovních cílů v interakci mezi psychosociálním pracovním prostředím (za použití ERI modelu) a pohodou na pracovišti (Hyvönen et al. 2010). Výzkumný soubor se skládal ze 747 mladých finských manažerů ve věkovém rozmezí 23-35 let. Dosahování cílů bylo operacionalizováno pomocí kategorií kompetence, pokroku, pohody, změny práce, jistoty práce, organizace, financí a kategorie žádné pracovní cíle, kdy manažeři uváděli pouze cíle v osobní rovině. Studie se zaměřila na příspěvek jednotlivých součástí modelu ERI (úsilí, odměny, nadměrná angažovanost) k dosahování cílů a také na efekt pracovních cílů ve vztahu modelu ERI a veličiny well-being. Ukázalo se, že komponenty modelu ERI měly vliv na jednotlivé kategorie dosahování cílů a zároveň cíle měly moderující efekt mezi ERI a WB. Odměňující pracovní prostředí bylo nápomocné při naplňování cílů, které jsou prospěšné pro organizaci stejně jako pro pracovní pohodu zaměstnanců. Naproti tomu, manažeři, kteří vnímali pracovní prostředí jako zatěžující, měli skeptičtější cíle, horší pocit pracovní pohody a někteří z nich uvažovali o odchodu z pracoviště (tamtéž: 416).

Tématem se zabývali rovněž němečtí badatelé z Centra psychosociální medicíny pod univerzitou v Hamburku. V roce 2011 publikovali výzkum pracovního stresu a vnímané kvality péče u německých chirurgů. Výzkumný soubor čítal 1311 lékařů ze 489 nemocnic. Kromě modelu ERI byl pracovní stres sledován Karaskovým modelem Job-Demand Control, o kterém jsme se zmínili v popisu modelu ERI. Pracovní pohodu, potažmo kvalitu péče, výzkumníci měřili sebehodnotícím nástrojem zaměřujícím se na pracovní výkon, kvalitu poskytovaných služeb a četnost chyb. Chirurgové byli osloveni prostřednictvím standardizovaného elektronického průzkumu. Z oslovených nemocnic se zúčastnilo 53 % a návratnost dotazníků od lékařů dosáhla 65 %. Výsledky výzkumu poukázaly na očekávanou tendenci, kdy respondenti s vyšším stresovým zatížením častěji uváděli horší kvalitu poskytované péče pacientům (Klein et al 2011).

Výzkum pracovní zátěže a jejích negativních důsledků v akademickém prostředí zveřejnili v roce 2012 britští badatelé z Centra psychologie práce a zdraví univerzity v Cardiffu. Zabývali se vlivem stresu na pracovišti, vlivem charakteru a zvládání práce na psychickou pohodu a na pracovní spokojenost zaměstnanců univerzity. Data byla posbírána od 307 britských univerzitních pracovníků a porovnána s kontrolní skupinou 120

běžných občanů zaměstnaných v jiných oborech. Výsledky ukázaly, že vysoké pracovní nároky a obtížné zvládání úkolů se pojilo u univerzitních pracovníků s vyšší depresivitou, napětím a pracovní nespokojeností. Naopak, pracovní odměny, sociální opora, kontrola nad vlastní prací a dobré zvládání úkolů byly u univerzitních zaměstnanců asociovány s nižší mírou depresivity a vyšší pracovní spokojeností oproti výsledkům běžné populace (Mark, Smith 2012).

K podobným závěrům potvrzujícím souvislost mezi modelem ERI a konceptem well-being došel italský tým odborníků (Paneri et al. 2012). Kromě těchto sebehodnotících nástrojů využili k analýze pracovního stresu také objektivní měřidla (s využitím metody pozorování). Šetření prováděli na 113 zaměstnancích italské maloobchodní společnosti. Kombinace subjektivních a objektivních instrumentů použitých pro mapování psychosociálního pracovního prostředí se prokázala jako obohacující, ačkoli v dílčích kategoriích psychické pohody pracovníků a úrovně vyčerpání byly subjektivní nástroje přesnějšími ukazateli.

Bádání v oblasti psychosociálních determinant zdraví u pracovníků se věnují též čínští odborníci. V roce 2012 otiskli výsledky průřezové studie o symptomech pracovního napětí u čínských zdravotních sester. Získali výpovědi od 1437 sester ze sedmi státních nemocnic. Nemocnice byly náhodně vybrány v Liaoning provincii v severovýchodní Číně. Sledovanými faktory byly demografické charakteristiky (vzdělání, přítomnost chronického onemocnění, životní události), životní styl (pravidelná strava a fyzická aktivita), pracovní podmínky (kvalita nemocnice, pracovní pozice, plat, vztah sestra – pacient, pracovní spokojenost, úvahy o odchodu z pracoviště), obsah práce (sociální podpora od spolupracovníků a nadřízených a možnost rozhodovat) a rovnováha mezi pracovním úsilím a odměnami (model ERI). Analýza dat prokázala vliv všech těchto faktorů na pocity úzkosti zdravotních sester. Převaha anxiálních symptomů se projevila u 43,4 % dotázaných zdravotních sester. Autoři konstatovali, že vhodné poradenství, podpora zdravého životního stylu a větší důraz na pracovníkovo sociální okolí mohou být užitečné pro snížení nebo prevenci příznaků úzkosti u zdravotních sester (Gao et al. 2012: 8).

Jeden z nejnovějších tematických příspěvků publikoval v roce 2013 finsko-německý výzkumný tým (Feldt et al. 2013). Badatelé zkoumali, jak působí dlouhodobá nerovnováha ERI na well-being zaměstnanců a také na jejich psychické zotavení. Well-being obsahovalo dva klíčové indikátory: riziko vyhoření a pracovní angažovanost (work

engagement). Studie byla založena na třech návazných šetřeních z let 2006, 2008 a 2010. Výzkumný soubor tvořilo 298 finských manažerů. Ukázalo se, že manažeři charakterizovaní vysokým úsilím a pocitem nedostatečných odměn měli vyšší náklonnost k vyhoření a také nižší schopnost psychického zotavení. Souvislost nerovnováhy ERI s pracovní angažovaností se však neprokázala. Autoři konstatovali, že model ERI má lepší schopnost vysvětlit indikátory související se stresem (syndrom vyhoření), než indikátory motivační (pracovní angažovanost).

Aktuálním příspěvkem k výzkumu dvou sledovaných teoretických konceptů je článek australských vědců v čele s Philipem Bohle vydaný v březnu 2015. Zaměřili se na zdraví a osobní pohodu starších pracovníků. Zkoumali souvislost těchto veličin se dvěma psychosociálními modely, z nichž jeden byl model ERI a druhý model Pressure, Disorganization and Regulatory Failure (model Tlaku, disorganizace a regulačního selhání, PDR). Šetření se účastnilo 714 australských pracujících ve věku 45 – 65 let. Osobní pohoda zde byla formulována jako vyváženost mezi pracovním a soukromým životem. V dotazníku se operacionalizovala prostřednictvím tří výpovědí, z nichž každá měla pět možných odpovědí od rozhodně nesouhlasím po rozhodně souhlasím. Výroky zněly následovně: „Po práci přijdu domů příliš unavený/á na to, abych udělal/a věci, které jsem měl/a v plánu“, „Má práce mi zabírá čas, který bych rád/a strávil/a se svou rodinou nebo přáteli“, „Má práce koliduje s mými domácími povinnostmi, jako je vaření, úklid, opravy, placení účtů, nebo péče o děti“ (Bohle et al. 2015: 119). Výsledky potvrdily vliv obou modelů (ERI, PDR) na osobní pohodu a zdraví zaměstnanců. Autoři deklarují, že kombinace obou modelů, které se zaměřují na různé aspekty povahy práce, dává lepší výsledný obrázek o psychosociálních determinantách pracovního prostředí.

2 VÝZKUMNÁ ČÁST - METODOLOGIE

2.1 Hlavní výzkumné cíle

Téma disertační práce bylo zvoleno z důvodu jeho společenské aktuálnosti a zároveň nedostatečného odborného i veřejného diskurzu zabývajícího se výkonem profesionálních činností pracovníků v dlouhodobé péči a podmínek práce v této oblasti. Podstatnou součástí disertace je proto aplikovaný výzkum u zvolených poskytovatelů služeb pro seniory z Prahy a blízkého okolí. Jedním z obecných cílů našeho výzkumu je tedy získat podrobnější vhled do problematiky pracovních podmínek včetně podpory zdraví u cílové skupiny pracovníků v oblasti péče o seniory prostřednictvím zvolených teoreticko metodologických konceptů. Chceme zmapovat pracovní situaci osob pečujících o seniory se zvláštním důrazem na profesionální pečující v České republice a porovnat je s výsledky zahraničních výzkumů. Na základě získaných výsledků stanovíme hlavní kritické momenty současné pracovní situace zaměstnanců v oblasti dlouhodobé péče.

Dalším z cílů práce je zjištění vztahů mezi vybranými aspekty podpory zdraví u pečujících profesionálů. Konkrétně se jedná o vztahy vyplývající z konceptů, představených v teoretické části: pocitem (ne)rovnováhy mezi vynaloženým pracovním úsilím a obdržením adekvátních odměn podle modelu Effort Reward Imbalance a mezi veličinou well-being. Oba koncepty patří k uznávaným teoreticko-metodologickým nástrojům na poli sociologie medicíny, teorie organizace a sociální psychologie. Užívají se zejména pro identifikaci stavu stresového napětí na pracovišti a jeho zdravotních a psychosociálních následků pro zaměstnance. Jejich verifikace na vzorku české populace pracovníků v oblasti dlouhodobé péče zatím nebyla provedena.

Poznatky získané výzkumem budou dány k dispozici spolupracujícím organizacím poskytujícím zdravotní a/nebo sociální služby dlouhodobé péče, které se zúčastnily výzkumu, aby jich využily ke zlepšení své praxe. Všechna zúčastněná zařízení vyjádřila zájem o téma výzkumu a ochotu aktivně se na něm podílet. Předpokládáme, že výsledky výzkumu mohou posloužit jako podklady pro návrhy vhodných opatření ke zkvalitňování pracovního života zaměstnanců prostřednictvím podpory zdraví na pracovišti a zlepšování jejich pracovních podmínek a mohou mít také praktické dopady na chod organizací.

2.2 Hlavní výzkumné otázky a pracovní hypotézy

Na základě poznatků vyplývajících z teoretické části práce jsme sestavili několik výzkumných otázek a pracovních hypotéz, které se týkají platnosti modelu ERI v závislosti na ukazatelích osobní pohody u nereprezentativního vzorku pracovníků v dlouhodobé péči z Prahy a blízkého okolí.

Výzkumná otázka 1

Existuje vztah mezi nerovnováhou v modelu ERI a osobní pohodou u výběrového vzorku pracovníků v oblasti dlouhodobé péče?

Ve většině dosud publikovaných zahraničních studií byla prokázána platnost hypotézy, že dlouhodobý subjektivní pocit nerovnováhy mezi vyšším pracovním úsilím a zároveň nižšími odměnami u pracovníků podle modelu ERI vyvolává pocit nižší osobní pohody oproti těm, kteří tuto nerovnováhu nepocítují (srov. Siegrist et al. 2006; Van Vegchel et al. 2005, 2000; Bakker et al. 2000; De Jonge et al. 2000). V České republice se zatím studie zjišťující tuto souvislost nevyskytují.

Pracovní hypotéza 1

V souladu se zahraničními poznatky předpokládáme, že respondenti, kteří budou pocítovat převahu pracovního úsilí nad obdrženými odměnami, budou mít nižší úroveň osobní pohody, než ti, kteří mají pocit, že jejich vynaložené úsilí a získané odměny jsou v rovnováze, případně že odměny převyšují nad pracovním úsilím.

Výzkumná otázka 2

Která z dimenzí osobní pohody přispívá nejpodstatněji k vysvětlení nerovnováhy v modelu ERI?

Naše definice pracuje s dimenzí fyzickou, sociální a psychickou. Podrobnější informace k operacionalizaci veličiny well-being jsou uvedeny dále, v metodologické části textu, jako součást popisu kvantitativní fáze výzkumu. Výzkumy kombinující model ERI a koncept well-being častěji upřednostňovaly psychologické aspekty osobní pohody, jako je například depresivita a úzkost (Gao et al. 2012; Mark, Smith 2012; Pikhart et al. 2004;), časté mentální poruchy (Stansfeld, Candy 2006; Niedhammer 1998) či syndrom vyhoření (Feldt et al. 2013; Schulz et al. 2009; Bakker et al. 2000). Ve studii kolektivu autorů v čele s Janem de Jonge se jako nejvýraznější prediktor neblahé well-being při nerovnováze ERI ukázal rovněž burnout syndrom, který spadá do psychické dimenze osobní pohody. Zatímco ostatní dimenze osobní pohody zvyšovaly šanci výskytu nerovnováhy ERI přibližně třikrát, burnout zvyšoval tuto šanci téměř jedenáctkrát (de Jonge et al. 2000: 1322). K jinému poznatku dospěla studie van Vegchel et al. (2001). Nejvyšší vliv na nerovnováhu ERI měla dimenze fyzická, měřená prostřednictvím čtyř otázek převzatých z validizovaného dotazníku Hildebrandta a Douwese z roku 1991. V žádné z dostupných studií jsme nenalezli převažující vliv sociální dimenze osobní pohody na model ERI.

Pracovní hypotéza 2

Na základě výsledků z dostupných zahraničních výzkumů předpokládáme, že nejtěsnější vztah k nerovnováze v modelu ERI bude mít psychická dimenze osobní pohody.

Výzkumná otázka 3

Liší se statisticky signifikantně úroveň nerovnováhy v modelu ERI mezi jednotlivými podskupinami pracovníků v dlouhodobé péči?

Pro účely podrobnější analýzy jsme rozdělili výzkumný soubor na několik podskupin. Kritériem pro dělení byl jednak typ profese a jednak typ zařízení dlouhodobé péče. Podrobnější popis rozdělení do podskupin je obsažen v kapitole 2.4.2 u popisu vzorku respondentů.

Pracovní hypotéza 3

Domníváme se, že se mezi různými podskupinami pracovníků v dlouhodobé péči mohou projevit rozdíly ve vnímání pracovní zátěže podle modelu ERI. „Zdravotničtí“ pracovníci vykonávají odlišné činnosti, mají rozdílné kompetence a z toho vyplývající různou míru odpovědnosti v porovnání s pracovníky v sociálních službách („sociálními“ pracovníky). Také práce respondentů („zdravotnických“ i „sociálních“ pracovníků) působících v institucích oproti těm z terénních služeb je v řadě ohledů odlišná.

2.3 Základní charakteristiky výzkumu a výzkumného souboru

Výzkum pracovní situace a podpory zdraví u personálu v zařízeních poskytujících dlouhodobou péči o seniory uskutečněný v rámci projektu disertační práce probíhal ve dvou fázích. Nejprve jsme provedli kvalitativní předvýzkum formou focus groups a následně pokračovali kvantitativním výzkumem formou dotazníků. Terénní část předvýzkumu započala v květnu roku 2013 a poslední terénní sběr dat se uskutečnil v listopadu roku 2014.

Soubor respondentů tvořili zaměstnanci různých typů organizací poskytujících dlouhodobou péči. Záměrně jsme oslovili široké spektrum poskytovatelů dlouhodobé péče, aby byl soubor co nejpestřejší a abychom mohli zjišťované poznatky ověřit podle více kritérií. Celkem na výzkumu spolupracovalo 12 organizací (některé poskytovaly současně jak terénní pečovatelskou službu, tak domácí zdravotní péči). Kromě jedné léčebny dlouhodobě nemocných, která sídlí ve Středočeském kraji, mají všechna zkoumaná zařízení sídlo v Praze. Z důvodů zachování anonymity nebudeme zveřejňovat názvy konkrétních spolupracujících organizací, uvedeme však typy poskytovaných služeb a počet zařízení daného typu v našem vzorku.

- agentury domácí zdravotní péče (5)
- terénní pečovatelské služby (3)
- léčebny dlouhodobě nemocných (LDN, 2)
- osobní asistence (2)

- domov se zvláštním režimem (1)
- sociálně ošetrovatelské centrum – registrované zařízení sociálních služeb (1)
- domov pro seniory (1)

Kvalitativní fáze výzkumu probíhala formou ohniskových skupin a zúčastnilo se jí 29 participantů, z toho 28 žen (9 pečovatelek v terénních pečovatelských službách, 7 zdravotních sester v domácí péči, 4 pečovatelky a 1 pečovatel ve stacionárních zařízeních a 8 zdravotních sester v LDN). Kvantitativní části výzkumu se zúčastnilo 265 osob, z toho 241 žen (92 %). Informace o struktuře výběrového souboru respondentů jsou shrnuty v tabulce 1.

Tabulka 1. Základní charakteristiky výběrového souboru.

Základní charakteristiky výběrového souboru							
		N	%			N	%
Pohlaví	muž	22	8	Počet vyživovaných dětí	0	157	60
	žena	241	92		1	51	20
Věk	do 25	20	8		2	47	18
	26-35	40	15		3 a více	7	3
	36-45	77	30	Délka práce v oboru	méně než 1 rok	20	8
	46-55	75	29		1-3 roky	50	19
	56-65	45	17		4-10 let	91	35
	65 a více	1	0.4		11-15 let	50	19
					více než 15 let	50	19
Vzdělání	ZŠ	12	5	Délka práce v zařízení	méně než 1 rok	40	15
	SŠ bez maturity	55	21		1-3 roky	59	23
	SŠ s maturitou	125	48		4-10 let	95	37
	VOŠ	34	13		11-15 let	38	15
	VŠ bakalářské	21	8		více než 15 let	28	11
	VŠ magisterské	14	5				
Stav	svobodný/á	59	22	Pracovní pozice	nadřízený	80	31
	v manželství	136	52		podřízený	181	69
	ovdovělý/a	6	23	Návratnost dotazníků			
	rozvedený/á	61	2		61.5		

Zdroj: Vlastní výpočty.

V kvantitativní části výzkumu jsme oslovili respondenty na rozličných pracovních pozicích v dlouhodobé péči. Získali jsme odpovědi od 265 respondentů. Návratnost dotazníků činila 61,5 %. Tabulka 2 poskytuje přehled pracovních pozic našeho výběrového souboru a počty respondentů v jednotlivých kategoriích.

Tabulka 2. Rozložení výzkumného souboru podle zastávané pracovní pozice.

Pracovní pozice	Počet	%
1. registrovaná zdravotní sestra	90	34.2
2. zdravotní asistent/sanitář	33	12.5
3. vrchní/staniční sestra	10	3.8
4. sociální pracovník	25	9.5
5. pečovatel/pracovník v přímé obslužné péči	77	29.3
6. aktivizační pracovník	16	6.1
7. osobní asistent	8	3
8. úklid	6	2.3
celkem	265	100

Zdroj: Vlastní data a výpočty.

2.4 Výzkumné fáze a techniky

2.4.1 Kvalitativní část

V rámci širšího výzkumného problému, jímž je nedostatek pozornosti a absence veřejného diskurzu na téma pracovních podmínek a podpory zdraví u pracovníků v oblasti dlouhodobé zdravotní a sociální péče v českém prostředí, jsme provedli kvalitativní sondu, jejímž cílem bylo zjistit subjektivní názory představitelů této cílové skupiny na snahy zaměstnavatele o podporu jejich zdraví. Dalším cílem předvýzkumu bylo zjištění subjektivního vnímání vyváženosti pracovního úsilí a získaných odměn respondenty. Toto zjištění budeme v kvantitativní části porovnávat s modelem ERI.

Výzkumný projekt byl koncipován jako případová studie pěti poskytovatelů zdravotních nebo sociálních služeb v oblasti dlouhodobé péče. Do studie jsme zahrnuli dvě léčebny dlouhodobě nemocných (LDN), jeden domov se zvláštním režimem (DZR) a dva poskytovatele terénních sociálních a zdravotních služeb. Do výzkumného souboru byli

záměrně zahrnutí pracovníci z různých typů zařízení, abychom mohli porovnat, nakolik se shodují či odlišují jejich názory na některé aspekty podpory jejich zdraví poskytované zaměstnavatelem, i na vyváženost mezi vynaloženým úsilím a následnou odměnou. Jednalo se o dvě státní LDN (jedna v Praze, jedna ve Středočeském kraji), jeden soukromý DZR v Praze a dvě pražská zařízení terénních služeb, jednak sociálních, jednak zdravotních (jedno zřizováno městskou částí, jedno Charitou).

Šetření proběhlo mezi květnem a zářím 2013 formou řízených skupinových diskusí (focus groups). V každém zařízení se uskutečnila jedna skupinová diskuse (v délce 60-90 minut). Účastnili se jí dobrovolníci z řad pečovatelů, sociálních pracovníků a zdravotních sester, vždy v počtu 4-7 participantů v jedné diskusní skupině. Podmínkou účasti byl přímý kontakt pracovníků s klienty při výkonu jejich práce.

Sběr kvalitativních dat byl realizován jako předvýzkum. Vzhledem k cíli šetření, kterým bylo zjistit u vybrané skupiny pracovníků pečujících profesí jejich subjektivní názory na snahy zaměstnavatelů o podporu jejich zdraví (viz cíl definovaný výše), se jevila forma ohniskových skupin jako nejvhodnější. Jayasekara et al. (2012) uvádí, že technika focus groups je ve zdravotnických profesích vhodnou formou výzkumu z důvodu získání názorů participantů spolu s pozorováním jejich reakcí a motivací.

Rozhovory v ohniskových skupinách ovšem umožnily také prozkoumat, zda a jak participanté vnímají vztah mezi svým vynaloženým pracovním úsilím a na ně navazující odměnou, zda přemýšlejí o rovnováze mezi těmito faktory. Rozhovory rovněž umožnily získat data týkající se osobní pohody pracovníků.

Pro účely realizace ohniskových skupin jsme vybrali několik témat vztahujících se ke konceptu podpory zdraví, ale též k modelu ERI. Jednalo se o následující tematické okruhy¹²:

- hodnocení subjektivního zdravotního stavu pracovníků
- co si účastníci diskuse představují pod pojmem podpora zdraví na pracovišti a zda se něco z toho u nich uskutečňuje, případně co by v této oblasti uvítali
- psychosociální faktory, které přispívají k podpoře jejich zdraví, co zvyšuje jejich pracovní spokojenost a motivaci

¹² Ukázka záznamového archu z ohniskových skupin je v příloze práce.

- faktory, které jejich zdraví poškozují, co jejich motivaci a pracovní spokojenost naopak snižuje
- jaké věci jim v práci přinášejí pocit odměny, zda mají pocit dlouhodobé rovnováhy či nerovnováhy mezi tím, co jim práce dává a tím, co jim bere
- doplňující otázky na pracovní podmínky, spokojenost a motivaci, skloubení pracovního a rodinného života, důvody pro záměr setrvání či opuštění práce v oblasti dlouhodobé péče, možnost pracovního rozvoje, setkání se syndromem vyhoření, prestiž povolání, povolání jako poslání, kouření a pravidelnost ve způsobu vlastního stravování

Získané poznatky byly využity při analýze a interpretaci dat získaných v kvantitativní fázi výzkumu.

2.4.2 Kvantitativní část

Po předvýzkumu následovala fáze kvantitativní, jejímž cílem bylo především metodologické ověření modelu Effort Reward Imbalance v kombinaci s konceptem osobní pohody. Základním metodologickým nástrojem byl dotazník mapující vybrané psychosociální faktory v oblasti dlouhodobé péče. Způsob konstrukce dotazníku bude popsán v samostatné podkapitole.

2.4.2.1 Sběr dat

Sběr dat probíhal v několika vlnách od ledna do listopadu 2014. Po domluvě s vedením zařízení byly pracovníkům rozdány dotazníky (podle volby v papírové či elektronické podobě). Limit na vyplnění byl obvykle dva týdny, v případě potřeby déle. Maximální doba však nepřesáhla měsíc. Návratnost dotazníků dosáhla 61,5 %. Vyplněné dotazníky byly zkontrolovány, neúplně vyplněné byly vyloučeny z dalšího zpracování. Data byla přepsána do programu SPSS 17.0 a MS Excel a podrobena statistické analýze.

2.4.2.2 Vzorek respondentů

Strukturu zkoumaného vzorku ukazují tabulky 1 a 2. Jelikož jsme neusilovali o reprezentativitu vzorku pro Českou republiku, ale prováděli jsme metodologické ověření modelu ERI v kombinaci s konceptem osobní pohody (well-being), bylo možné zvolit záměrný, nereprezentativní výběr zařízení a metodu snowball¹³. Některé zahraniční studie zaměřené na validizaci modelu ERI v prostředí zdravotně sociálních služeb využily podobný postup (Bakker et al. 2000; Van Vegchel et al. 2001). Tento způsob se osvědčil i z toho důvodu, že ne všechna oslovená zařízení dlouhodobé péče byla ochotná participovat, ale doporučení od osoby, kterou znali, přispělo k vyšší ochotě zapojit se do výzkumu.

Z důvodu srovnání sledovaných charakteristik nejen celkově, ale i v rámci specifitěji definovaných skupin, byl vzorek respondentů rozdělen následujícím způsobem¹⁴:

- pracovníci „zdravotníci“¹⁵ v zařízeních institucionálního typu (N = 96)
- pracovníci „zdravotníci“ v terénních službách (N = 54)
- pracovníci „sociální“ v zařízeních institucionálního typu (N = 56)
- pracovníci „sociální“ v terénních službách (N = 59)
- všichni „zdravotníci“ pracovníci bez ohledu na typ zařízení (N = 150)
- všichni „sociální“ pracovníci bez ohledu na typ zařízení (N = 115)
- všichni pracovníci v institucích, „zdravotníci“ i „sociální“ (N = 152)
- všichni pracovníci v terénních službách, „zdravotníci“ i „sociální“ (N = 113)

¹³ Záměrný výběr značí typ nereprezentativního výběru, u nějž badatel sám rozhoduje o zvolení jednotek, o kterých se domnívá, že ve svém souhrnu nejlépe umožní provést zamýšlené statistické zkoumání. Metoda snowball (sněhové koule) je typem nereprezentativního výběru. Je určena k získávání nových kontaktů na základě procesu postupného nominování osobami, které již ve výběrovém souboru jsou. Výběr končí v momentě nasycení vzorku, kdy se nominace osob začnou opakovat (Hendl 2012).

¹⁴ Mezi „zdravotnické“ pracovníky jsme zahrnuli vrchní, staniční a registrované zdravotní sestry a zdravotní asistenty/sanitáře. Mezi „sociální“ pracovníky jsme zahrnuli pracovníky v přímé obslužné péči, sociální pracovníky, aktivizační pracovníky, osobní asistenty a pracovníky úklidu. Do zařízení institucionálního typu počítáme léčebny dlouhodobě nemocných, domov pro seniory, sociálně ošetrovatelské centrum a domov se zvláštním režimem. Do zařízení terénního typu jsme zařadili pečovatelskou službu, agentury domácí zdravotní péče a službu osobní asistence.

¹⁵ Výrazy „zdravotníci“ a „sociální“ pracovníci jsou záměrně uvedeny v uvozovkách, jedná se čistě o rozlišovací konstrukt, nikoli o přesný termín specifikující dané skupiny profesí dle zákona.

2.4.2.3 Způsob konstrukce dotazníku – operacionalizace pojmů

Dotazník¹⁶ zadávaný respondentům se skládal z více dílčích tematických bloků, z nichž některé byly zastoupeny jednou otázkou a jiné baterií otázek. Na konci dotazníku byly zjišťovány standartní sociálně demografické údaje. Jeho vyplnění trvalo respondentům cca 7 - 10 minut v papírové verzi a cca 5 - 7 minut v elektronické verzi. V papírové podobě zabíral 4 strany formátu A4.

Nerovnováha mezi pracovním úsilím a pracovními odměnami - model Effort Reward Imbalance

První tematický blok v dotazníku byl zaměřen na nerovnováhu mezi pracovním úsilím a pracovními odměnami. Sestával ze dvou baterií otázek, které odpovídají české verzi modelu Effort Reward Imbalance. V našem dotazníku jsme využili zkrácenou formu dotazníku ERI, která byla představena v manuálu Siegrista a Montana v roce 2012. Autoři zde uvádějí, že tato verze originálního delšího dotazníku (označena ERI-S) je snáze použitelná zejména v rozsáhlých epidemiologických studiích (Siegrist, Montano 2012:1). Kratší dotazník se skládá z celkem šestnácti položek. Škála zjišťující míru pracovního úsilí se místo původních šesti položek skládá ze tří a škála mapující pracovní odměny se z jedenácti otázek zkrátila na sedm. Škála zjišťující osobnostní charakteristiku pojmenovanou jako „nadměrná angažovanost“ (overcommitment) čítá šest položek. Rozpětí škál se oproti předchozí delší verzi dotazníku sjednotilo; nyní se všechny komponenty hodnotí na čtyřbodové stupnici (silně nesouhlasím, nesouhlasím, souhlasím, silně souhlasím).

Tato verze byla opakovaně validizována a uznána za hodnotnou náhradu původní verze dotazníku ERI, která obsahovala téměř dvojnásobek otázek (např. Leineveber et al. 2010; Msaouel et al. 2012). V následujících dvou tabulkách uvádíme přesné znění otázek české verze dotazníku ERI – S.

¹⁶ Výslednou podobu dotazníku uvádíme v příloze práce.

Tabulka 3. Otázky na pracovní úsilí a odměny, model ERI – S.

	Výrok	silně nesouhlasím	nesouhlasím	souhlasím	silně souhlasím
ERI 1	Jsem v neustálé časové tísní způsobené množstvím práce.	1	2	3	4
ERI 2	Moje práce je často přerušována a narušována.	1	2	3	4
ERI 3	Během posledních let se moje práce stává více a více náročnější.	1	2	3	4
ERI 4	Od mých nadřízených nebo příslušných důležitých osob se mi dostává respektu, který mi náleží.	1	2	3	4
ERI 5	Vyhlídky na můj pracovní postup jsou nepříznivé.	1	2	3	4
ERI 6	Zažil/a jsem nebo očekávám nějaké negativní změny ve své pracovní situaci.	1	2	3	4
ERI 7	Moje místo v zaměstnání je nejisté.	1	2	3	4
ERI 8	Zvážím-li všechno své úsilí a výsledky, dostává se mi v práci takové úcty a uznání, jaké mi náleží.	1	2	3	4
ERI 9	Zvážím-li všechno své úsilí a výsledky, jsou mé vyhlídky na pracovní postup odpovídající.	1	2	3	4
ERI 10	Zvážím-li všechno své úsilí a výsledky, má mzda/můj příjem je odpovídající.	1	2	3	4

Zdroj: český překlad dotazníku ERI.

Poznámka: Oficiální český překlad zkrácené verze dotazníku je dostupný z:
<http://www.uniklinik-duesseldorf.de/unternehmen/institute/institut-fuer-medizinische-soziologie/forschung-research/the-eri-model-stress-and-health/eri-questionnaires/questionnaires-download/>.

Tabulka 4. Otázky na nadměrnou angažovanost, model ERI – S.

		Velmi nesouhlasím	Nesouhlasím	Souhlasím	Velmi souhlasím
OC1	Snadno se stane, že v práci nezvládám časový tlak.	1	2	3	4
OC2	Jakmile ráno vstanu, začnu myslet na pracovní problémy.	1	2	3	4
OC3	Když přijdu z práce, snadno se uvolním a zapomenu na práci (a "vypnu").	1	2	3	4
OC4	Moji blízcí říkají, že práci obětují příliš mnoho.	1	2	3	4
OC5	Málokdy na práci zapomenu; když jdu spát, stále ještě myslím na práci.	1	2	3	4
OC6	Jestliže odložím něco, co jsem měl/a dnes v práci udělat, budu špatně spát.	1	2	3	4

Zdroj: český překlad dotazníku ERI.

Osobní pohoda (well-being)

Pro účely našeho výzkumu jsme se rozhodli rozčlenit osobní pohodu na tři dimenze (fyzická, psychická, sociální) a každou z nich reprezentovat indikátory, které se ve studiích opakovaně vyskytují. Rozdělení na tyto tři dimenze uvádí např. Mansor et al. (2012).

Dimenze psychická

Zahrnuli jsme tři komponenty, z nichž jsme vytvořili souhrnnou veličinu. První komponentou byl syndrom vyhoření měřený prostřednictvím české verze nástroje „burnout measure“ (Křivohlavý 1998). Druhou komponentou byla motivace pracovníků a měřili jsme ji přímou otázkou „*Do jaké míry se cítíte být motivován/a ve své současné práci?*“¹⁷.

¹⁷ Ačkoli existuje celá řada metodologických nástrojů, kterými se oblast motivace dá měřit, v našem případě jsme se rozhodli pro jednoduchou variantu sebehodnotící otázky. Naším cílem nebylo zmapovat objektivní motivovanost pracovníků, ale spíše prozkoumat jejich subjektivní pracovní nadšení jakožto doplňkovou informaci v psychické dimenzi osobní pohody. Jelikož tvořilo téma motivace jednu ze součástí psychické dimenze souhrnné veličiny well-being, nepovažovali jsme za nutné využít sofistikovanějšího

Třetí komponenta se týkala pracovní spokojenosti respondentů a podobně jako předchozí byla zjišťována přímou otázkou.

Dimenze fyzická

Dimenze sestávala z otázky na subjektivní posouzení zdravotního stavu během posledních dvanácti měsíců. Měřili jsme ji na pětistupňové škále od „velmi dobrý“ zdravotní stav po „velmi špatný“ zdravotní stav.

Dimenze sociální

V této oblasti jsme formulovali dvě klíčové otázky sledující míru kolegiality a přátelské pracovní atmosféry. Ptali jsme se na subjektivní hodnocení pracovních vztahů; zvlášť s kolegy a zvlášť s nadřízenými.

V další části dotazníku byly tři sebehodnotící otázky na pracovní spokojenost, pracovní motivaci a subjektivní zhodnocení vlastního zdravotního stavu během posledních dvanácti měsíců. Všechny otázky respondenti hodnotili na pětibodové škále Likertovského typu. První dvě otázky jsme zahrnuli do tzv. psychické dimenze osobní pohody a třetí otázku do fyzické dimenze.

Dotazník pokračoval dvěma otázkami mapujícími pracovní vztahy s kolegy a přímými nadřízenými. Pracovní vztahy tvořily jeden z podstatných indikátorů kvality pracovního života. Respondenti měli možnost odpovídat na pětistupňové škále od velmi dobré po velmi špatné. Tyto otázky jsme zahrnuli do sociální dimenze osobní pohody.

metodologického nástroje k jejímu měření. Jsme si vědomi nemožnosti relevantní interpretace motivace respondentů jakožto samostatného tématu, ale pouze jako součásti širěji pojatého konceptu osobní pohody. Podobný postup jednoduchých otázek v rámci konstrukce well-being využívají např. Siegrist et al. 2006; Van Vegchel et al (2001). Forsyth (2009: 42) uvádí, že motivační pocity ovlivňuje celá řada faktorů a na pracovišti je potřeba zjišťovat, jak se lidé cítí. Jak v obecném smyslu, tak ve smyslu každého jednotlivce. I jednoduchá otázka zde může posloužit jako indikátor motivačního naladění pracovníků.

Syndrom vyhoření

Následovala baterie jednadvaceti otázek, které měří riziko syndromu vyhoření respondentů. Pro účely jeho zmapování jsme zvolili metodologický nástroj „Burnout measure“ (BM), který uvádí v české verzi Křivohlavý (1998). BM je na rozdíl od řady jiných nástrojů měření syndromu vyhoření volně k dispozici a jeho rozsah je přiměřený. Jak uvádí Schaufeli et al. (2001), Burnout measure je spolu s Maslach Burnout Inventory nejvyužívanějším nástrojem k měření rizika syndromu vyhoření a oba měli opakovaně prokázanou dostatečnou validitu a reliabilitu. Rozdíl těchto nástrojů spočívá zejména v tom, že Maslach Burnout Inventory je delší a dostupný pouze za finanční obnos. Obsahuje třífaktorovou strukturu, se škálami EE = emotional exhaustion (emocionální vyčerpání), DP = depersonalization (depersonalizace); PA = personal accomplishment (osobní úspěch). Dotazník Burnout measure se rovněž skládá ze tří subškál, které se orientují na vyčerpání – Exhaustion, na demoralizaci – Demoralization a na ztrátu motivů – Loss of motives. V Tabulce 5 uvádíme oficiální český překlad Burnout measure, který jsme zahrnuli do dotazníku jako součást psychické dimenze osobní pohody.

Tabulka 5. Burnout measure, česká verze

	Jak často se setkáváte s danými pocity?	nikdy	jednou za čas	zřídka kdy	někdy	často	obvykle	vždy
1	Byl jsem unaven.	1	2	3	4	5	6	7
2	Byl jsem v depresi (tísni).	1	2	3	4	5	6	7
3	Prožíval jsem krásný den.	1	2	3	4	5	6	7
4	Byl jsem tělesně vyčerpán.	1	2	3	4	5	6	7
5	Byl jsem citově vyčerpán.	1	2	3	4	5	6	7
6	Byl jsem šťasten.	1	2	3	4	5	6	7
7	Cítil jsem se vyřízen (zničen).	1	2	3	4	5	6	7
8	Nemohl jsem se vzchopit a pokračovat dále.	1	2	3	4	5	6	7
9	Byl jsem nešťastný.	1	2	3	4	5	6	7
10	Cítil jsem se uhoněn a utahán.	1	2	3	4	5	6	7
11	Cítil jsem se jako by uvězněn v pasti.	1	2	3	4	5	6	7
12	Cítil jsem se jako bych byl nula (bezcestný).	1	2	3	4	5	6	7
13	Cítil jsem se utrápen.	1	2	3	4	5	6	7
14	Tížily mne starosti.	1	2	3	4	5	6	7
15	Cítil jsem se zklamán a rozčarován.	1	2	3	4	5	6	7
16	Byl jsem slab a na nejlepší cestě k onemocnění.	1	2	3	4	5	6	7
17	Cítil jsem se beznadějně.	1	2	3	4	5	6	7
18	Cítil jsem se odmítnut a odstrčen.	1	2	3	4	5	6	7
19	Cítil jsem se pln optimismu.	1	2	3	4	5	6	7
20	Cítil jsem se pln energie.	1	2	3	4	5	6	7
21	Byl jsem pln úzkostí a obav.	1	2	3	4	5	6	7

Zdroj: Krivohlavý 1998, český překlad dotazníku Burnout measure.

Poznámka: Kompletní česká verze nástroje Burnout measure s návodem pro vyhodnocení je v příloze práce.

Poslední část dotazníku se skládala z řady identifikačních údajů, které kromě standardně zadávaných otázek na pohlaví, věk, vzdělání, rodinný stav, počet vyživovaných dětí, pracovní pozici, délku praxe ve zdravotně sociální oblasti, trvání posledního pracovního poměru a rodinný stav zahrnovaly navíc otázky na vztah k víře, potenciální úvahy o odchodu z pracoviště a stav nadřizenosti či podřízenosti.

2.4.2.4 Statistická analýza

Pro statistickou analýzu jsme využili třídění prvního, druhého a třetího stupně (Hendl 2012) s využitím programů SPSS 17.0 a MS Excel. Při statistických analýzách jsme pro potřeby srovnání rozdělili zařízení na dva typy. Do institucionálního typu jsme zařadili léčebny dlouhodobě nemocných, sociálně ošetrovatelské centrum, domov se zvláštním režimem a domov pro seniory. Druhý typ, pracovně nazvaný terénní, obsahuje pečovatelskou službu, agentury domácí zdravotní péče a službu osobní asistence.

Výslednou veličinu modelu ERI jsme vypočetli podle vzorce $(e / (r * c))$, kde e je sumační skóre škály úsilí, r je sumační skóre škály odměn a c je tzv. korekční faktor - počet položek v čitateli dělený počtem položek ve jmenovateli) uvedeného v manuálu Siegrista a Montana (2012). Některé otázky bylo třeba rekódovat kvůli záměrně negativní formulaci. Původní veličinu ERI jsme následně adjustovali, čímž se její výsledné hodnoty pohybují v rozmezí nula až sto. Tato procedura slouží k vzájemné porovnatelnosti výsledků měření ERI prostřednictvím různých variant dotazníků (dlouhá, zkrácená či modifikovaná verze). Pro účely logistické regrese jsme adjustovanou veličinu ERI ponechali v kardinální podobě, pro další analýzy jsme ji transformovali na ordinální veličinu sestávající z pěti hodnot. Kritériem rozdělení nám byly 20., 40., 60., 80. a 100. percentil.

Pro statistickou analýzu osobní pohody jsme tuto veličinu měřili jako kombinaci tří dimenzí uvedených výše. Vznikla tak souhrnná veličina, která nabývala diskrétních hodnot nula až šest. Následně jsme pro účely logistické regrese provedli její dichotomizaci.

Arbitrárně jsme stanovili hranici mezi dobrou a špatnou osobní pohodou, přičemž dobrou vyjadřovaly výsledné hodnoty 0,1,2 a špatnou hodnoty 3,4,5,6.

2.5 Etické aspekty související s výzkumem

Provedený výzkum byl nutně spojen s dodržováním elementárních etických zásad a v souladu s kodexem sociálního a marketingového výzkumu a výzkumu veřejného mínění Mezinárodní obchodní komory (International Chamber of Commerce - ICC) a Evropské společnosti pro výzkum veřejného mínění a marketingový výzkum (European Society for Opinion and Marketing Research – ESOMAR) (ICC/ESOMAR 2008).

Při předvýzkumu, který probíhal formou moderovaných skupinových diskusí, byli všichni účastníci předem ústně i písemně informováni o jejich plánovaném průběhu. Byli též požádáni o svolení k nahrávání zvukového záznamu během diskuse na diktafon za účelem následného podrobného přepisu řečeného (vzor informovaného souhlasu je uveden v příloze). Zároveň jim bylo sděleno, že mohou kdykoli v průběhu diskuse požádat o zastavení nahrávání a předchozí záznam bude v případě jejich přání vymazán. Žádný z respondentů však této možnosti nevyužil. Všechny doslovné citace ze skupinových diskusí, které uvedeme v analytické části disertace, jsou plně anonymizovány.

V kvantitativní části výzkumu byla využita technika papírových a elektronických dotazníků a respondenti byli důsledně informováni o zachování anonymity. Informace zjišťované v části identifikačních údajů jsou standardně využívány v sociologických výzkumech a vzhledem ke způsobu sběru dat jsme neočekávali, že budou považovány za ohrožující pro soukromí dotazovaných osob.

Stejně tak nikde v práci neuvádíme konkrétní názvy spolupracujících organizací. Jelikož bylo jedním z našich cílů předat zobecněné výsledky obou fází výzkumu zpět managementům organizací a v případě zájmu i zúčastněným respondentům, zajistili jsme, aby nebylo možno odhalit konkrétního respondenta, který vyslovil danou myšlenku nebo uvedl požadovaný údaj. Přesto zůstaly předané informace nezkreslené a v opodstatněných případech dostatečně konkrétní tak, aby si daná organizace mohla udělat co nejvěrohodnější obrázek o zpětné vazbě svých zaměstnanců na zkoumaná témata týkající se podpory zdraví na pracovišti a pracovních podmínek.

3 VÝZKUMNÁ ČÁST – VÝSLEDKY A JEJICH ANALÝZA

V této části disertační práce nejprve popíšeme jednotlivá témata probíraná v kvalitativní fázi výzkumu, kde měli respondenti příležitost otevřeně vyjadřovat své názory na přístup zaměstnavatelů k jejich podpoře zdraví a k dalším oblastem pracovního života v rámci řízených skupinových diskusí (focus groups). Budeme uvádět vybrané anonymizované doslovné citace pro větší autentičnost zjištěných skutečností. Některá z těchto zjištění jsme uplatnili v kvantitativní části výzkumu, o kterém pojednáme následně. Rozebereme výsledky směřující k zodpovězení hlavních výzkumných otázek a ověříme předložené pracovní hypotézy. Závěrem analyzujeme další témata, která jsme prostřednictvím dotazníku sledovali.

3.1 Analýza výstupů z focus groups

3.1.1 Podpora zdraví na pracovišti z hlediska pracovníků v oblasti dlouhodobé péče

V rámci předvýzkumu jsme sledovali názory sociálních a zdravotnických pracovníků v oblasti dlouhodobé péče na přístup zaměstnavatelů k několika aspektům podpory jejich zdraví na pracovišti.

Nejprve jsme zjišťovali, co si pečující personál představuje pod pojmem podpora zdraví na pracovišti. Poté jsme se zajímali o to, zda zaměstnavatel uplatňuje některá z opatření směřujících k podpoře zdraví, případně co by zaměstnanci v této oblasti uvítali. Můžeme konstatovat, že odpovědi personálu v různých typech zařízení se mezi sebou nijak výrazně nelišily. Pod pojmem „podpora zdraví“ na pracovišti si zaměstnanci představují různé formy aktivit, které přispívají k pocitu jejich fyzické i psychické pohody. Většinou považují současný stav podpory zdraví za neuspokojivý a uvítali by, kdyby zaměstnavatel zavedl některá opatření, která by přispěla k jejich pracovní pohodě. Často se jedná o návrhy benefitů, které by zaměstnanci mohli využívat příspěvkovou formou. Účastníci diskuse opakovaně zmiňovali tyto návrhy:

- relaxační aktivity, např. masáže
- sportovní aktivity, např. plavání v bazénu, rehabilitační cvičení
- zajištění tekutin pro zaměstnance

- vitamínové tablety, zaměstnavatel by je měl poskytnout zejména v kritických ročních obdobích
- očkování, vakcíny proti chřipce, zaměstnavatel by měl přispět pracovníkům na očkování v zájmu prevence jejich nakažení od klientů v kritických ročních obdobích
- podpora duševního zdraví: např. společná kulturní akce pro zaměstnance – divadlo, společné posezení, výlet

3.1.2 Subjektivně vnímaný zdravotní stav a jeho souvislost s pracovní činností

Dalším z témat probíraných ve skupinových diskusích byl subjektivně posouzený zdravotní stav účastníků diskuse v posledních dvanácti měsících. Subjektivně vnímaný zdravotní stav tvoří jednu z hlavních determinant osobní pohody zaměstnanců (Kebza 2005: 87-88). Tato otázka má podstatný význam u profesí vyznačujících se zvýšenou psychickou a fyzickou zátěží. Práce v oblasti dlouhodobé péče mezi taková povolání bezesporu patří.

Na základě odpovědí lze účastníky diskusí rozdělit na dvě skupiny. Jednu tvoří ti, kteří se většinou cítí celkem dobře, ale občas jsou unaveni z náročné práce. Druhá skupina často trpí permanentní únavou, někdy až vyčerpaností. U pracovníků terénních pečovatelských služeb se jedná o únavu v důsledku přejezdů mezi domácnostmi klientů za každého počasí, a také v důsledku specifických podmínek v domácím prostředí klientů (například v zimním období střídání přetopeného prostředí v bytech klientů a venkovního chladu). Respondenti ze stacionárních zařízení uvádějí jako hlavní důvody únavy fyzické problémy (např. bolestivá záda v důsledku náročné manipulace s klienty) a psychickou vyčerpanost (nadměrný pracovní stres).

Na otázku, zda mají členové skupin pocit, že jejich zdravotní stav souvisí s prací, jsme většinou dostali kladnou odpověď. Jak u terénních ošetrovatelských a pečovatelských služeb, tak v pobytových zařízeních se pracovníci potýkají s občasnými bolestmi zad, ramen, krční páteře a nohou v důsledku manipulace s klienty. Dále uváděli příležitostné bolesti hlavy a problémy se spánkem. V terénních službách se pracovníci setkávají s nutností nosit klientům těžší nákupy, což jim rovněž způsobuje problémy se zády. Na dotaz, zda respondenti někdy absolvovali odborné ergonomické školení, kde by byli poučeni o vhodných postupech při manipulaci s klienty tak, aby co nejméně trpěl jejich

pohybový aparát, jsme nezaznamenali kladnou odpověď. Respondenti většinou uváděli, že se v průběhu praxe sami „naučí“, jak při zvedání a přemísťování imobilních klientů postupovat.

3.1.3 Faktory, které ohrožují zdraví na pracovišti

Dále jsme se ptali na nejvýraznější příčiny pracovního stresu a nepohody, které účastníci focus groups při práci pocítují. Velkou překážkou v práci uváděnou pracovníky byla nadměrná administrativní zátěž, která jim ubírá čas a energii na úkor péče o klienty či pacienty. Práce v pečujících profesích je z velké části založena na psychické a emocionální podpoře potřebných. Tato podpora vyžaduje čas a osobní pohodu těch, kteří tuto podporu a péči poskytují. Pokud jsou zahlcováni přebujelou administrativou, nezbývá jim dostatečná kapacita na takovou péči, jakou by chtěli svým klientům dát. Dochází tak k vnitřnímu konfliktu jejich hodnot, kdy mají pracovat podle standardizovaných pracovních postupů a nastavených norem, ale zároveň, z etického hlediska, usilují o individuální přístup ke klientům, na který však nemají dostatek času. Tento vnitřní rozpor se u nich následně projevuje v pocitech frustrace a zmaru.

V diskusi o nepříjemnostech spojených s prací v dlouhodobé péči byl opakovaně zmíněn fakt, že občas dochází ke konfliktu mezi pracovníky v přímé péči a klienty i rodinami klientů. Zpravidla spor vychází z toho, že mají klienti či jejich rodiny příliš vysoké nároky na péči, která není v kompetenci pracovníků, případně se příbuzní někdy chovají povýšeně a dávají pracovníkům najevo, že je považují spíše za pomocné síly a služebníky vykonávající „špinavou“ práci. Pokud jsou příbuzní nepříjemní, personálu to značně snižuje pracovní pohodu.

Dokládáme následující citaci jedné z účastnic focus groups.

„...při práci mě zatěžují někteří klienti a jejich rodiny, kdy se klient odvolává na rodinu, abych já jim něco vyřídila, že jsem prostředník mezi klientem a rodinou a obráceně. Často klient řekne: - to vyřídíte se synem nebo dcerou- a přitom to může vyřešit sám. Tohle prostě berou úplně automaticky, věci, který u nás nejsou v náplni práce a potom právě si stěžují třeba těm dětem, že jsme to neudělaly takhle jo, ale to není v naší náplni práce prostě žejo. Tohle bývá docela dost často.“

U pracovníků v terénních službách, kteří za klienty/pacienty dojíždějí do jejich domovů, se navíc vyskytovaly další faktory specifické pro tuto práci. Mezi nejčastěji zmiňované patřily:

- nedostatek času na jídlo, často nutnost rychlého stravování v městské hromadné dopravě (MHD) během přejezdu mezi klienty/pacienty
- nutnost cestovat venku za každého počasí
- nedostatek informací o klientovi/pacientovi (např. o zvláštnostech v chování způsobených demencí, specifické zvyky)
- nákaza od klientů/pacientů či v MHD, nebo onemocnění kvůli střídání teplot venku a v bytech klientů/pacientů

V tabulce 6 předkládáme shrnutí nejfrekventovanějších stresujících faktorů, se kterými se ve své práci účastníci diskusních skupin setkávají. Pro větší přehlednost jsme dílčí problémy shrnuli do obecnějších kategorií.

Tabulka 6. Hlavní stresující faktory v práci pečujícího personálu

Druh stresujícího faktoru	Příklady
Problémy celospolečenské	práce PP není dostatečně oceňována finančně ani společensky
	nedostatek PP, vede k přetěžování stávajících pracovníků
Pracovní podmínky	pracovní podmínky PP mnohdy neodpovídají jejich představám o kvalitním pracovním zázemí
	materiální pracovní prostředí: stejně jako ve zdravotnických profesích se i PP setkává s nebezpečnými látkami a nástroji, s biologickými materiály; hrozí infekce, alergie
	ergonomické zátěže: práce je fyzicky nesmírně náročná (zvedání a přesouvání imobilních či těžce pohyblivých klientů/pacientů)
	pracovní doba: práce na směny, noční služby, služby o víkendech a svátcích
	administrativa: stejně jako v jiných pomáhajících profesích, i zde se pracovníci setkávají s nadměrnou administrativní zátěží, kvůli níž nemají mimo jiné dostatek času na klienty/pacienty
Psychosociální faktory	práce se starými a nemocnými lidmi přináší denně řadu obtížných situací (např. práce s dementními lidmi, agresivními pacienty, problematický kontakt s příbuznými klientů/pacientů)
	blízký kontakt s nemocí, bolestí, stářím, umíráním
	odměny plynoucí z práce v pomáhající profesi nejsou v mnoha případech dostatečnou kompenzací vzhledem k vysokým pracovním nárokům
	pracovní úspěchy v podobě zlepšování stavu klientů/pacientů bývají nestabilní a krátkodobé
Možnosti profesního rozvoje, pravomoci a kvalifikace	kvůli omezeným zdrojům PP zpravidla nevidí výrazné možnosti profesního růstu a seberozvoje
	PP nemá dostatek pravomocí na spolurozhodování o věcech, které se ho bezprostředně týkají
	mnoho PP nemá dostatečnou kvalifikaci pro výkon svého povolání

Zdroj: vlastní data.

3.1.4 Faktory, které přispívají k podpoře zdraví na pracovišti

Na druhou stranu, pomáhající profese přináší pracovníkům také pocity odměn různého charakteru, které pro mnoho z nich představují náplň a silný důvod k tomu, že svou práci dělají nejen jako zaměstnání, které je zdrojem příjmů, ale také rádi, s pocitem naplnění a smyslu. Významným motivem k tomu je zaměření na pomoc druhým či přispění ke zlepšení zdravotního stavu nemocných. V následujících citacích účastníků diskusních skupin dokládáme výše uvedené:

„Cítím se v pohodě, když vidím, že ten klient vlastně jde dopředu, jsou tam vidět nějaký výsledky mé práce. Třeba nejen vysloveně můj (práce), střídáme se tam, ale že ten výsledek jde dopředu, ten člověk se lepší zdravotně a po všech stránkách se lepší, tak to mě jako duševně uklidňuje a naplňuje.“

„...spokojenost pacientů. Mě hrozně baví, když prostě vím, že se ti pacienti na nás těší, že jsou rádi, že přijdem, že si rádi popovídají, že vidí ty nějaký naše výsledky, co prostě s nimi provádíme a my z toho taky máme samozřejmě radost.“

K příjemnému pracovnímu prostředí přispívají dle názorů diskutujících příbuzní klientů/pacientů, kteří se snaží s nimi spolupracovat, poskytují dostatek informací o svém blízkém, poděkují za péči.

Většina účastníků focus groups se shodla v tom, že k jejich zdraví a pohodě přispívá práce v příjemném kolektivu. Následující citace jsou toho dokladem:

„Člověk do té práce chodí rád, i když třeba ví, že tam je hodně práce, že tam jsou nepříjemnosti, ale když je dobrý kolektiv, všechno se dá zvládnout.“

„Myslím si, že když je dobrý kolektiv, tak jde pak všechno nějak snáz. Proto chodím i ráno o hodinu dřív do práce. Když si tam dáme kafe a probereme všechno, tak je člověk úplně zdravěj. Taková ta doba, kdy všechno probereme a hned z vás vše spadne.“

„Já si myslím, že ten kolektiv je úplně nejdůležitější, s kým tam jsem, že si navzájem pomůžem, že se podpoříme, když se něco děje. To je to nejhlavnější.“

Dalším z často zmiňovaných podpůrných faktorů bylo slovní uznání za odvedenou práci. Někteří z účastníků diskuse vyjádřili pocit, že se jim takového ocenění nedostává dostatečně často. Přitom pochvala a ocenění dobře odvedené práce má na zaměstnance nesmírný povzbuzující efekt a druhou stranu nic nestojí. Dává jim pocit, že si okolí váží jejich náročné práce. Slovní uznání potěší pracovníky v pomáhajících profesích, ať přijde od kohokoli – pacientů/klientů a jejich rodinných příslušníků, kolegů, přímých nadřízených, vedoucích pracoviště, okolí.

Dotazovaní opakovaně hovořili o vyrovnanosti mezi soukromým a pracovním životem jako o důležitém faktoru přispívajícím k jejich zdraví a osobní pohodě. Tuto rovnováhu museli mnozí z nich hledat, většinou na začátku své pracovní dráhy dávali přednost práci a posléze zjistili, že je potřeba vyvážit osobní a pracovní rovinu pro zachování duševní vyrovnanosti.

Práce v pomáhající profesi byla v diskusích zmiňována v souvislosti s jejím primárním charakterem, kterým je pomoc druhému. Oslovení pracovníci si uvědomovali, že na rozdíl od řady jiných profesí má tato velký smysl, je užitečná, ačkoli se někdy výsledky dostávají pozvolna a mají krátkodobější charakter. Pokud se pracovník dokáže těšit z malých úspěchů a pokroků, potom mu pomoc potřebným přináší pocit, že dělá dobrou věc.

Příznivé pracovní podmínky byly dalším z faktorů, které byly zdůrazňovány v souvislosti s podporou zdraví na pracovišti. Diskutující se shodli, že pokud dobře funguje organizace, je dostatek personálu a potřebných pomůcek, mají pracovníci dobré podmínky pro plnění svých povinností. Rovněž hovořili o nutnosti dostatečného času na

klienty/pacienty, kterým by rádi věnovali důkladnější péči, než si v běžném provozu mohou dovolit.

Všechny výše popsané faktory vnímali členové diskusních skupin jako hypotetické a při stávajících podmínkách na jejich pracovištích stěží realizovatelné.

Mezi specifické charakteristiky, které přispívají ke zdraví a pracovní pohodě pracovníků speciálně v terénních službách, diskutující zařadili:

- práci v terénu spojenou s pohybem
- komunikaci s klienty/pacienty, navazování nových vztahů (s klienty/pacienty, jejich příbuznými)
- klidnější práci v domácím prostředí klientů/pacientů, individuálnější přístup

Následující tabulka 7 shrnuje hlavní podpůrné faktory uváděné pečujícími personálem v diskusních skupinách

Tabulka 7. Hlavní podpůrné faktory v práci pečujícího personálu (PP).

Druh faktoru	Příklady
Psychosociální faktory	klient/pacient a jeho příbuzní - spokojenost klienta/pacienta, zlepšení jeho zdravotního stavu, spolupracující příbuzní, kteří poskytnou dostatek informací, poděkují za péči
	pochvala - od kohokoli (klienta/pacienta, jeho příbuzných, nadřízeného, kolegy), pocit, že si okolí váží práce PP
	osobní život - pohoda doma, úspěšné skloubení pracovního a soukromého života, smysl pro humor
	pracovní kolektiv a vedení - fungující pracovní kolektiv, pohoda na pracovišti, vstřícnost vedení, důstojné jednání nadřízených s podřízenými
	práce samotná - její smyslnost, užitečnost, pomoc potřebným
Pracovní podmínky	fungující chod organizace
	dostatek personálu
	dostatek času na klienty/pacienty , individuální přístup k nim
	dostatek pomůcek - zdravotních, hygienických, terapeutických

Zdroj: vlastní data.

3.1.5 Odměny a vynaložené úsilí

V rámci přípravy na kvantitativní část výzkumu, v níž byl ústředním teoreticko metodologickým konceptem model Effort Reward Imbalance, který poměřuje vložené úsilí a získané odměny, jsme se nejprve účastníků diskusních skupin také zeptali, co jim v práci přináší pocit odměny. Získali jsme opakovaně tyto odpovědi:

- Spokojený klient – klient nás rád vidí, těší se na nás, pěkně nás uvítá, poděkuje
- Spokojená rodina/příbuzní klienta – slovně vyjádří vděk, poskytnou dostatek informací o klientovi
- Pocit pokroku – u klienta - zlepšení jeho zdravotního stavu, - u vedení - lepší komunikace s vedením
- Dostatek času na klienta, na různé prospěšné aktivity s klienty
- Dobrý tým
- Pochvala od kohokoli v pracovním okolí
- Uznání, poděkování, vyjádření spokojenosti s odvedenou prací (od kohokoli) – člověk se cítí užitečný, práce má smysl
- Smysluplná práce – např. drobné zlepšení zdravotního stavu klienta, pomoc potřebným
- Pocit dobře vykonané práce – např. dokáže klienta rozveselit, povzbudit
- Spokojený vedoucí
- Výplata

Opakované výpovědi diskutujících o příčinách dobrého pocitu z práce dokreslíme několika přímými citacemi:

„...Proto jsem vlastně tady. Každý si projdeme krizí, ale pak ty lidi, když tam člověk přijde a oni jsou třeba nešťastný a pak odcházíte a vidíte, že ten člověk je trošku proměněnej a že prostě to mělo smysl, ta práce, tak tohle mi dělá moc dobře. Je tam taková odezva od klienta.“

„Já když jsem dělala v domově důchodců, tak nejhorší bylo, že tam byl prostě tábor zaměstnanci a tábor důchodci. A když jsem se zdržela třeba na tom pokoji, něco po mě chtěl ten klient, nebo chtěl jenom popovídat, tak deset minut jsem tam byla a už byl oheň na střeše. Už jsem prostě nabourala harmonogram. Kdežto tady (terénní ošetřovatelka) já si můžu povídat s tím člověkem, jak dlouho chci, protože ten klient je doma.“

„Někdy ten zázrak (při léčbě klienta) přijde. Že dostaneme z nemocnice proleželayho pána, ležák, nevíte, jestli umře, dožije se víkendu, nebo nedožije a teď začal chodit, chodí venku, chodí po schodech. To je potom jako ta odměna.“

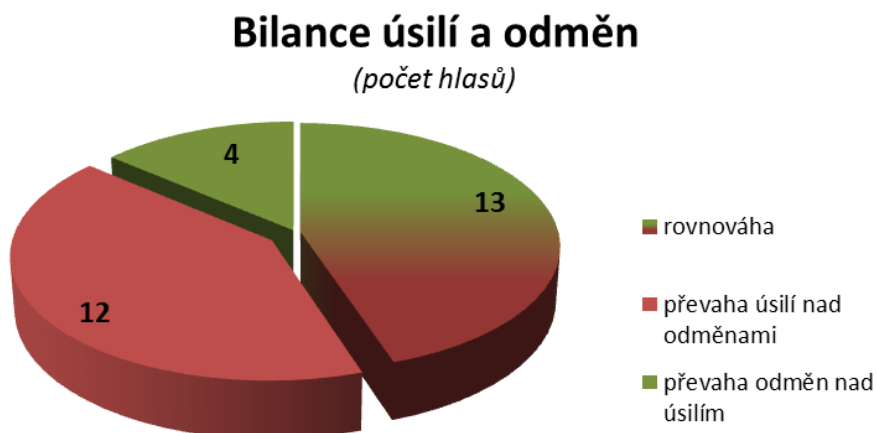
„Poděkování člověka určitě odmění. Když pacient řekne třeba moc Vám děkuju sestřičko, jste hodná, tak je to něco. I obyčejný slovo díky potěší.“

Jako součást diskuse o tomto tématu jsme účastníkům navrhli tři situace a požádali jsme je, aby individuálně vybrali tu, která nejlépe vystihuje jejich dlouhodobé pracovní naladění. Situace vyjadřovaly hlavní myšlenku modelu ERI a zněly následovně:

1. bilance úsilí vkládaného mnou do práce a získaných odměn je dlouhodobě v rovnováze
2. dlouhodobě převládá úsilí nad odměnami
3. dlouhodobě převládají odměny nad úsilím

Součet odpovědí respondentů je zachycen v grafu 1. Z celkového počtu dvaceti devíti respondentů se třináct přiklonilo k pocitu dlouhodobé vyváženosti mezi pracovním úsilím a odměnami. Dvanáct respondentů však deklarovalo, že mají pocit nerovnováhy ve smyslu vyššího pracovního úsilí a nedostatečných odměn. Čtyři respondenti zvolili variantu, kdy pocit pracovních odměn dlouhodobě převažuje nad úsilím.

Graf 1. Balance úsilí a odměn



Zdroj: vlastní výpočty.

3.1.6 Další aspekty práce v pečujících profesích

Poslední část skupinových diskusí byla věnována několika samostatným otázkám, které se týkaly různých aspektů práce v pomáhajících profesích. Cílem bylo hlouběji proniknout do uvažování pracovníků v přímé péči, dozvědět se, jak svou práci vnímají a co jim dává. Nyní popíšeme jednotlivé doplňující otázky a poskytneme stručné komentáře získaných odpovědí:

- *Tuto práci dělám proto, že... / co mě na mé práci motivuje?*

Většina diskutujících odpovídala, že práce s lidmi je baví, mají ji rádi a naplňuje je. Potřebují tento typ práce, kde mohou pomáhat druhým, být s nimi v přímém kontaktu a mít dobrý pocit z drobných úspěchů. Vnímají smysluplnost toho, co dělají. V malém počtu případů jsme se setkali s názorem, že ženy nastoupily jako pečovatelky po mateřské dovolené, jelikož nenašly jinou práci. Po určité době zapracování se však rozhodly setrvat a nepřejít do jiné práce, například kancelářského typu. Na rozdíl od ní totiž v pomáhající profesi cítily větší smysluplnost. V diskusích se opakovaně vyskytl názor, že pomáhající

profese je mnohem více smysluplná než práce kancelářského typu. Někteří diskutující mají zkušenost s oběma druhy pracovních činností. Hlavním důvodem jejich setrvání v pomáhající profesi je pocit, že pomoc potřebným přináší oproti práci v kanceláři větší vnitřní uspokojení. Účastníci diskusí například uvedli:

„Mám rozhodně pocit smysluplnosti. Já jsem ze zdravotnictví odešla, pět let jsem byla v byznys sféře. A tohle má smysl. To, co jsem dělala tam, smysl nemělo. Byla to velká logistická firma, poměrně vysoká manažerská funkce. Říkala jsem si, jako proč [to dělám]. Pro peníze? Není to [práce v byznysu] o ničem. Tohle má smysl, proto tu práci dělám. A taky považuju za odměnu reakci těch klientů. To je to, když člověk na ně je milej a vidíte to, že oni to hodnotěj a je to pro ně dobrý. To je to, co mě tady drží.“

„Já jsem sem (do této práce) směřovala, protože jsem předtím byla dlouho v kanceláři, asi dvacet let, pak jsem měla takovej zážitek v osobním životě a prostě mě to tam jako nasměrovalo k týhle práci. Já jsem to jako vyloženě chtěla dělat jako s těmi seniory. A právě že se mi zdá, že jsou takový opomíjený, čím dál tím víc to prostě sleduju. Myslím si, že tahle práce má strašnej smysl přes ty všechny těžkosti, co jsme si tu řekly. Oni jsou vlastně na konci života a kolikrát si říkám, že se fakt od nich máme co učit. Co oni všechno vydržej, ted' jim vůbec nic nefunguje a oni ještě se dovedou ještě i nějak radovat z něčeho. To člověk musí jedine obdivovat. Já si říkám, že bych byla kdo ví jaká.“

„Pár let jsem dělala v kanceláři. Tam jsem měla pocit, že kdybych tam nebyla, tak že se nic jako neděje. To mě hrozně udivilo, že jsem měla pocit, že jsme tam všichni zbytečný. Kdežto v tom zdravotnictví jsem ten pocit teda vůbec neměla.“

„Já si myslím, že mám dobrej vztah k seniorům. A možná, že je to i tím, že jsem předtím pět let pracovala v kolejním gymnáziu a tam jsem si to užila s těma puberťákama. Ty nikdy nevěděli, co chtějí. Tady ty lidi to taky nevědí, ale my víme, že ten člověk je starej, nemocnej, že to potřebuje. Ale ty puberťáci jeden den chtěli tohleto, druhý den to všechno úplně přehodnotili a taky se dožadovali svých práv. Takže tahleta práce se seniorama mě

naplňuje daleko víc, než s těma mladejma. Je to málokdy, ale někdy se stárím přichází moudrost. To je velmi příjemnej zážitek.“

Pracovníci z terénních pečovatelských a zdravotnických služeb, kteří dochází za klienty/pacienty domů, navíc uvedli několik specifík. Někteří původně pracovali ve stacionárních zařízeních dlouhodobé péče a chtěli vyzkoušet stejnou práci v terénu. Na této činnosti oceňují jistou volnost v tom, jak si zařídí pracovní den s klienty a jejich prostřídání. Cítí, že na rozdíl od práce ve stacionárním zařízení mají na klienty v jejich vlastních domovech více času, navíc klienti v domácím prostředí působí uvolněněji, kontakt se stává osobnějším. Práci v terénu považují za různorodější. Na druhou stranu se může stát, že klient tohoto těsnějšího vztahu začne zneužívat – kontaktuje pečovatelku mimo pracovní dobu, má nadstandardní požadavky. Je dobré mít s klientem osobnějším vztah, ale nesmí překročit určitou míru.

- ***Ve své profesi bych zlepšil/a...***

O možnostech zlepšení ve svých profesích se diskutující vyjadřovali různorodě v závislosti na konkrétním pracovišti a osobních potřebách. Opakovaně vyjadřovali potřebu větších možností vzdělávání v různých tématech souvisejících s prací. Specifickými návrhy na zlepšení v terénních službách byly tyto:

- lepší spolupráce s lékaři (zejména při nutnosti domluvit se o zdravotním stavu klienta)
- lepší návaznost v denních sestavách klientů (mít klienty, kteří bydlí blíže u sebe, aby pracovníci nemuseli zdlouhavě přejíždět MHD)

- ***Co by mě přimělo k opuštění této práce / případně k opuštění práce v oblasti péče o druhé (nemocné, staré) lidi?***

Účastníci diskusí se většinou shodli v názoru, že i kdyby z nějakého důvodu opustili současné zaměstnání, zůstali by v oblasti pečujících profesí (jak již bylo zmíněno, často tuto práci považují za smysluplnější, než profesi „v kanceláři“). Opakovaně zmíněnými důvody pro případné opuštění práce byly tyto:

- výpověď ze strany zaměstnavatele
- zdravotní důvody, nemoc
- syndrom vyhoření, psychická vyčerpanost
- špatné pracovní vztahy s přímým nadřízeným, vedením
- šikana na pracovišti
- vážné napadení či obvinění od klienta
- pocit, že klienti/vedení nejsou s jejich prací spokojeni
- kdyby panovala atmosféra vypouštění zavádějících a nepravdivých informací od vedení
- finanční důvody, kdyby nestačilo na životní náklady
- konflikty na pracovišti, kdyby se řešily spory nespravedlivě

K opuštění práce v oblasti péče o druhé lidi (nemocné, staré) by respondenty přiměly pouze rodinné důvody, zdravotní důvody a psychická vyčerpanost, která by mohla vést až k syndromu vyhoření.

- ***Jak jsme celkově spokojeni se svou prací?***

Nejčastěji převládal názor, že jsou dotázaní spíše spokojeni a že občasná nespokojenost pramení z finančního a společenského nedocení tohoto povolání. V jednom zařízení byli diskutující převážně nespokojeni, což se projevovalo i v dalších názorech. Toto zařízení se z vlastní iniciativy již neúčastnilo druhé fáze výzkumu.

- ***Do jaké míry se mi daří skloubit můj pracovní a rodinný život? Jaké překážky mi v tom případně brání?***

Účastníci diskusí převážně dokážou svůj pracovní a rodinný život sladit bez výraznějších potíží, což bylo částečně dáno tím, že většinou nemají malé děti. Tento soulad mezi prací a rodinným životem však nevznikl automaticky, ale pracovníci se museli naučit nepřenášet si problémy klientů domů a naopak oddělit práci a soukromý život. Častější kontakt pracovníka přímé péče s klientem může vést k navázání vzájemného užšího vztahu, zvláště v případě, když se klient i pracovník cítí osamoceně. Navazováním bližších přátelských vztahů s kolegy či klienty si někteří pracovníci kompenzují nedostatky v sociálních vazbách na vlastní rodinu. Ve skupinových diskusích jsme zaznamenali několik výpovědí pečovatelů, kteří považovali „své“ klienty takřka za součást rodiny. Vzhledem k tomu, že pracovníci tráví podstatnou část dne v kontaktu s kolegy, často se mezi nimi tvoří přátelské vztahy. Někteří účastníci vyjádřili názor, že kvůli dojíždění do práce ze vzdálených míst museli zatlačit svůj osobní život do pozadí, protože v práci vždy tráví několik dní a nocí. Pokud jsou doma, nezbyvá jim dostatek času na udržování osobních kontaktů.

- ***Již jste se během svého působení v oblasti (zdravotní, sociální) péče setkali se syndromem vyhoření (u sebe/u kolegů)?***

Jak jsme již zmínili, syndrom vyhoření se u pracovníků v pečujících profesích vyskytuje poměrně často. Výpovědi respondentů tuto skutečnost potvrdily. Ve stacionárních zařízeních se setkali téměř všichni oslovení ve svém okolí s někým, kdo vyhoření prodělal, a někteří si tímto stavem sami prošli. Zaměstnanci z terénních služeb se rovněž ve svém okolí setkali s vyhořelými kolegy, ale frekvence nebyla tak vysoká, jako ve stacionárních pracovištích. Všichni se shodli na názoru, že poté, kdy se u nich objevil náběh na vyhoření, se jim změnily životní priority. Všichni, kteří v okolí, či u sebe tento vyhořený stav zažili, zdůrazňovali nutnost více odpočívat a nenosit si pracovní problémy do osobního života. Jedna z diskutujících doslova uvedla:

„Viděla jsem kolegyni s tím syndromem. Mělo to na mě odstrašující vliv, řekla jsem si, že když bych měla být taková a takhle jednat, tak radši tu práci prostě dělat nebudu a jako bylo mi to i líto, protože jsem věděla, že ta kolegyně konkrétní je bezvadný člověk, je to prostě i výborná odbornice, ale prostě bohužel ta práce už ji vysála.“

- ***Bojujete s potřebou se přejídat, s nechutenstvím, s jinými problémy v jídle?***

Otázka směřovala k vlastnímu úsilí pracovníků o podporu zdraví a dodržování zdravé životosprávy. U diskutujících z terénních služeb převažovaly názory, že mají se zdravou životosprávou problémy, což je často způsobeno nepravidelným režimem přejezdu mezi klienty, kdy nemají dostatečný čas ani prostor na kvalitní stravování. Ve stacionárních zařízeních převažovaly názory, že potíže s dodržováním životosprávy nejsou nepřekonatelné, jelikož se mohou stravovat relativně pravidelně a většinou mohou využít stravovacího zařízení umístěného na pracovišti. V jednom případě se vyskytl názor, že přímý kontakt s obézními pacienty a neblahý účinek nadváhy na jejich zdravotní stav jsou dostatečnou prevencí před vlastním přejídáním.

- ***Vnímáte své povolání jako prestižní? Proč ano/ proč ne?***

Debaty o prestiži pomáhajících profesí se většinou nesly v negativním duchu, ačkoli se menšina účastníků setkala rovněž s pozitivním přístupem okolí. Důvodem pro vnímané podhodnocení tohoto povolání od veřejnosti byly zkušenosti s tím, že si někteří klienti a/nebo jejich příbuzní mysleli, že pečovatelé a další pomáhající profese jsou sluhové vykonávající podřadnou práci, kterou nikdo jiný nechce dělat. V diskusích padala slova jako uklízečka, služka, nicka.

„Já jsem byla s jednou paní a zrovna jí volal syn a ona říkala, že jí zrovna přišla uklízečka, já jsem jí tohleto prostě řekla a pak se nějak jako omluvila. A od té doby je prostě v pohodě.“

„Zrovna včera jsme se o tom bavily se sestřičkami, že slušnost pacientů vymizela. Jsou to mladý sestřičky, ti pacienti jsou vesměs senioři a místo toho, aby oni těm mladším dávali příklad ve správném chování, jako požádat, poděkovat a podobně, tak my velice často vlezeme na pokoj a slyšíme „gramofon“, „čaj“, jsme takový služby pro všechno. I ty holky pak mrzí, že se k nim musí chovat s nějakou úctou, ale pro ty pacienty už je naprostá samozřejmost, že oni si houknou a to „prosím“ a „děkuji“ prostě není ve většině případů. Dřív to tak nebylo. Je to dáno dobou, morálkou, penězi. Pokora se vytratila. A kolikrát i rodiny jsou nevděčné.“

Na druhou stranu je nutno upozornit, že ne všichni účastníci diskusí sdíleli tyto ponižující pocity a naopak tvrdili, že někteří klienti a jejich rodiny se chovají velmi slušně, dokáží slovně vyjádřit vděk za jejich péči, což na personál působí velmi motivačně.

„Ono se říká, že společnost to jako prestižní povolání nevnímá, ale já, co se setkávám, tak všichni okolo to obdivují, že tuhle práci dělám. Nesetkala jsem se s nějakým negativním postojem, naopak.“

Účastníci focus groups se zamýšleli i nad obecnějším vnímáním své profese, v níž převažuje práce se starými lidmi. Došli k názoru, že geriatric bývá v rámci medicíny vnímána jako „podřadný“ lékařský obor (*„je to bráno jako to poslední, jako by ta práce neměla smysl“*). Podle nich všechny zdravotnické obory ztrácejí svou prestiž a přispívají k tomu nemalou měrou také novodobé seriály ze zdravotnického prostředí, které ukazují nereálný stav, který však diváci vztahují k běžné praxi (např. že se sestry v práci nadměrně zkrášlují, neustále řeší propletené vztahy s lékaři apod.)

- ***Vnímáte své povolání jako poslání, v čem se odlišuje od jiných profesí?***

V souvislosti s vnímanou prestiží povolání jsme se ptali, zda účastníci diskusí cítí svou práci jako poslání. V drtivé většině případů odpověděli kladně. Uvědomují si, že dělají důležitou práci, pomáhají potřebným. Práce je však stojí značné psychické i fyzické úsilí, které často nevede ke kýženým odměnám v materiální i nemateriální podobě. Přesto u své profese, jak jsme ukázali, zůstávají. Identitu pečujících pracovníků popsal jeden z diskutujících jako určitý paradox, kterým se odlišují od jiných profesí:

„My jsme postižený, já si myslím. Ty když vidíš na ulici starýho člověka, tak máš takový to, že prostě by se mu mělo pomoci. A když jdeme na pivo, tak se bavíme jenom o lidech [myšleno klientech]. To je deformace povoláním.“

3.2 Analýza výstupů z dotazníkového šetření

3.2.1 Analýza vztahující se k hlavním výzkumným otázkám a pracovním hypotézám

Výzkumná otázka 1

Existuje vztah mezi nerovnováhou v modelu ERI a osobní pohodou u výběrového vzorku pracovníků v oblasti dlouhodobé péče?

Pracovní hypotéza 1

V souladu se zahraničními poznatky předpokládáme, že respondenti, kteří budou pociťovat převahu pracovního úsilí nad obdrženými odměnami, budou mít nižší úroveň osobní pohody, než ti, kteří mají pocit, že jejich vynaložené úsilí a získané odměny jsou v rovnováze, případně že odměny převyšují nad pracovním úsilím.

Kvantitativní analýza dat přinesla poznatek, který potvrzuje platnost první pracovní hypotézy. Mezi nerovnováhou v modelu ERI a osobní pohodou existuje statisticky významná souvislost. Respondenti v našem výzkumném souboru, kteří pociťovali převahu pracovního úsilí nad obdrženými odměnami, měli nižší úroveň osobní pohody, než ti, kteří pocít nerovnováhy mezi úsilím a odměnami neměli.

Tabulka 8 nabízí podrobnější analýzu vztahu nerovnováhy mezi pracovním úsilím a odměnami (ERI) na jedné straně a osobní pohodou na druhé straně. Pro analýzu byla využita metoda logistické regrese¹⁸. První sloupec tabulky značí rozdělení respondentů do definovaných skupin. Druhý sloupec udává počet respondentů v jednotlivých skupinách. Třetí sloupec obsahuje poměr šancí (odds ratio) nižší osobní pohody u respondentů s nerovnováhou ERI vůči těm, kteří nerovnováhu ERI nevnímají. Čím vyšší je číslo, tím vyšší je šance nižší osobní pohody.

Souhrnně můžeme říci, že u respondentů s nerovnováhou ERI je zhruba tři - až pětikrát vyšší šance prožívání nižší osobní pohody, než u respondentů s vyváženou ERI. Pokud se podíváme na celkový soubor respondentů, můžeme konstatovat, že u respondentů s nerovnováhou ERI je téměř třikrát vyšší šance menší osobní pohody. V rámci čtyř definovaných podskupin se nejrizikovějším adeptem na zhoršení osobní pohody ukázala skupina „zdravotnických“ pracovníků v terénu, u nichž je šance nižší osobní pohody více než pětinasobná. Také skupina „sociálních“ pracovníků v institucích, kteří cítí, že jejich velké pracovní úsilí je nedostatečně kompenzované odměnami, má téměř čtyřiapůlkrát vyšší riziko horší osobní pohody. Pouze u skupiny „sociálních“ pracovníků v terénu nebyla zjištěna závislost mezi nerovnováhou ERI a osobní pohodou. Dolní polovina tabulky 8 je členěna na všechny pracovníky „zdravotnické“ versus všechny „sociální“ a na všechny pracovníky v institucionálních zařízeních versus všechny pracovníky v terénních službách. Také podle tohoto členění se prokázala platnost první pracovní hypotézy.

Vedle toho se ukázaly významné rozdíly mezi odpověďmi „zdravotnických“ pracovníků versus „sociálních“ pracovníků a institucionálních versus terénních pracovníků v kategorii osobní pohody. To znamená, že „zdravotničtí“ pracovníci vykazují statisticky významně nižší osobní pohodu, než „sociální“ pracovníci. Stejně tak, pracovníci

¹⁸ Metoda logistické regrese byla v souvislosti s modelem ERI ve výzkumech opakovaně používána. Patří mezi metody vícerozměrné statistické analýzy dat. Metoda se využívá pro zjištění vztahu mezi závislou proměnnou, která je nespojitá, často binární a mezi skupinou nezávislých proměnných (mohou být spojitě i nespojitě). Metoda logistické regrese navrhne co nejlepší a smysluplný model, který popíše vztah mezi proměnnými (Řeháková 2000: 475-476).

v institucích dlouhodobé péče vnímají signifikantně nižší osobní pohodu oproti pracovníkům terénním.

Tabulka 8. Vztah mezi modelem ERI a kategorií osobní pohody.

Skupiny pracovníků	N	logreg ERI_WB OR, 95 % CI (SD)
Celkem	265	2,98 (0,22)
"zdravotničtí" v institucích	96	3,51 (0,35)
"zdravotničtí" v terénu	54	5,22 (0,7)
"sociální" v institucích	56	4,43 (0,62)
"sociální" v terénu	59	1,78 (0,44) NS
všichni "zdravotničtí"	150	3,22 (0,29)
všichni "sociální"	115	2,5 (0,36)
všichni v institucích	152	3,87 (0,3)
všichni v terénu	113	2,56 (0,38)

Zdroj: vlastní výpočty.

Poznámka: Vysvětlení použitých zkratk v tabulce: N = počet respondentů; logreg ERI_WB = logistická regrese s nezávisle proměnnou ERI a závisle proměnnou osobní pohoda (well-being); OR = poměr šancí (šance je pravděpodobnost, že jev nastane ku pravděpodobnosti, že jev nenastane); SD = směrodatná odchylka; CI = interval spolehlivosti; NS = nesignifikantní. Tyto zkratky budeme zachovávat ve všech následujících tabulkách.

Výzkumná otázka 2

Která z dimenzí osobní pohody přispívá nejpodstatněji k vysvětlení nerovnováhy v modelu ERI?

Pracovní hypotéza 2

Na základě převažujících výsledků z dostupných zahraničních výzkumů předpokládáme, že nejvyšší vliv na nerovnováhu v modelu ERI bude mít psychická dimenze osobní pohody.

K zodpovězení druhé výzkumné otázky zjišťující, která z dimenzí osobní pohody přispívá nejpodstatněji k vysvětlení modelu, jsme využili Nagelkerkův koeficient determinace, a to jako kritérium vysvětlení modelu z hlediska závisle proměnné, tedy jednotlivých dimenzí osobní pohody. V tabulce 9 jej označujeme jako $*R^2$.¹⁹

Z pohledu na výši koeficientu determinace u jednotlivých dimenzí well-beingu uvedených v tabulce 9 je patrné, že dimenze psychická (měřená pomocí hodnot rizika vyhoření, pracovní motivace a pracovní spokojenosti) nejvíce přispívá k vysvětlení modelu ERI, a to téměř z 20 %, což potvrzuje platnost druhé hypotézy. Celkově mají pracovníci s nerovnováhou ERI více než třikrát vyšší šanci prožívání snížené psychické pohody. Při podrobnějším rozdělení souboru na skupiny lze konstatovat, že skupina „zdravotnických“ pracovníků v terénu má při dlouhodobé nerovnováze ERI bezmála osmkrát nižší psychickou pohodu, v níž hraje klíčovou roli zvýšené riziko syndromu vyhoření. Zároveň, „zdravotničtí“ pracovníci, ať už v institucích dlouhodobé péče nebo v terénních službách, mají při disbalanci ERI čtyřiapůlkrát vyšší riziko psychické nepohody, než jejich kolegové, kteří nerovnováhu ERI nepociťují. Riziko psychické nepohody je u „zdravotnických“ pracovníků více než dvojnásobné oproti „sociálním“ pracovníkům. U skupiny „sociálních“ pracovníků v terénu se statisticky významný vliv nerovnováhy ERI na psychickou pohodu neprokázal.

V pořadí druhou dimenzí osobní pohody nejsilněji vysvětlující model ERI je oblast fyzická (měřená pomocí subjektivního ohodnocení zdravotního stavu během posledních 12 měsíců), která přispívá k vysvětlení modelu ERI z necelých 10 %. U skupiny „zdravotnických“ pracovníků v terénu je při skupinovém porovnání nejvyšší, více než čtyřnásobná (4,3) šance horšího zdravotního stavu při dlouhodobé nerovnováze ERI. I u skupiny „sociálních“ pracovníků v institucích dlouhodobé péče je šance subjektivního pocitu horšího zdraví za podmínky nerovnováhy ERI téměř čtyřnásobná (3, 81).

Poslední dimenze sociální (měřená pomocí otázek na kvalitu pracovních vztahů s kolegy a nadřízenými) k vysvětlení modelu ERI nepřispívá. Jinak řečeno, dlouhodobě pociťovaná nerovnováha ERI nemá vliv na vztahy na pracovišti. Platí to pro celý zkoumaný vzorek, i pro úzeji vymezené skupiny pracovníků. Přestože jsme souvislost

¹⁹ Řeháková (2000: 479) uvádí, že v rámci logistické regrese se v programu SPSS využívají dva koeficienty determinace; kromě námi uvedeného Nagelkerkova ještě koeficient Coxové a Snella. Druhý jmenovaný má nevýhodu v tom, že nemůže dosáhnout maximální hodnoty jedna. U Nagelkerkova koeficientu je tento nedostatek ošetřen modifikací. Oba koeficienty se interpretují analogicky jako v lineární regresi.

mezi modelem ERI a pracovními vztahy nezkoumali, můžeme se domnívat, že vztah mezi nerovnováhou ERI a pracovními vztahy může být nepřímý, se zprostředkujícími proměnnými pracovní spokojenosti a motivace. Tomuto zjištění odpovídá poznatek, který jsme získali ve fázi předvýzkumu. Jak zmiňujeme v popisu kvalitativní fáze výzkumu, provedli jsme celkem šest skupinových diskusí s vybranými zaměstnanci v pěti zařízeních dlouhodobé péče. Účastníci opakovaně uváděli, že jsou pro ně dobré vztahy s kolegy a přímými nadřízenými zásadním motivačním činitelem a zároveň důležitým předpokladem pracovní spokojenosti. Pokud tyto vztahy nejsou dobré a pokud vážne komunikace mezi vedením a zaměstnanci, odráží se to naopak v celkovém pocitu osobní nepohody. Následující citace účastníka skupinové diskuse dokládá záporný efekt nefunkční komunikace mezi vedením a řadovými zaměstnanci. „*Tady je prostě v jistý sféře vedení uzavřenéj kruh, takovej špunt a přes ten špunt se nedostanem. My jsme úplně dole a nahoře ti nejvyšší maj stále pocit, že si tady žijeme v blahu, v blahobytu, že jsme spokojený s čimkoli; s penězma, jak se s náma zachází, jaký máme podmínky pro práci a tak dále. To oni si myslí. Ale přes ten špunt se to nedostane. To je všechno. Tak to tady funguje.*“

Tabulka 9. Vztah mezi modelem ERI a jednotlivými dimenzemi osobní pohody.

Skupiny pracovníků	N	logreg ERI_WB psychická OR, 95 % CI (SD)	logreg ERI_WB fyzická OR, 95 % CI (SD)	logreg ERI_WB sociální OR, 95 % CI (SD)
Celkem	265	3,2 (0,23) *R ² =19,4 %	1,87 (0,17) *R ² =9,7 %	1,19 (0,14) NS *R ² =1 %
"zdravotníci" v institucích	96	4,29 (0,4)	1,86 (0,23)	1,18 (0,42) NS
"zdravotníci" v terénu	54	7,84 (0,76)	4,3 (0,66)	1,36 (0,31) NS
"sociální" v institucích	56	2,77 (0,53) 94,5 % CI	3,81 (0,57)	1,64 (0,58) NS
"sociální" v terénu	59	1,71 (0,44) NS	1,42 (0,38) NS	1,12 (0,45) NS
všichni "zdravotníci"	150	4,53 (0,34)	1,85 (0,2)	1,2 (0,16) NS
všichni "sociální"	115	2,0 (0,33)	2,1 (0,34)	1,27 (0,34) NS
všichni v institucích	152	3,93 (0,31)	2,0 (0,21)	1,18 (0,18) NS
všichni v terénu	113	2,95 (0,41)	2,13 (0,35)	1,27 (0,25) NS

Zdroj: vlastní výpočty.

Výzkumná otázka 3

Liší se statisticky signifikantně úroveň nerovnováhy v modelu ERI mezi jednotlivými podskupinami pracovníků v dlouhodobé péči?

Pracovní hypotéza 3

Domníváme se, že se mezi různými skupinami pracovníků v dlouhodobé péči mohou projevit rozdíly ve vnímání pracovní zátěže podle modelu. Zdravotničtí pracovníci vykonávají odlišné činnosti, mají rozdílné kompetence a z toho vyplývající různou míru odpovědnosti v porovnání s pracovníky v sociálních službách („sociálními“ pracovníky). Také práce respondentů (zdravotnických i sociálních pracovníků) působících v institucích oproti těm z terénních služeb je v řadě ohledů odlišná.

Pro analýzu třetí výzkumné otázky ptající se na to, jak významně se liší úroveň nerovnováhy v modelu ERI mezi skupinami, jsme spočítali průměrné hodnoty adjustovaného²⁰ ERI koeficientu pro jednotlivé skupiny pracovníků, které jsme zkoumali. Platí, že čím vyšší je adjustovaný průměr ERI, tím vyšší je riziko nerovnováhy mezi vysokými pracovními nároky a nízkými odměnami. Následně jsme vytvořili kategorii „riziko ERI“, která v každé skupině určuje procentuální zastoupení těch, kteří mají nerovnovážený stav ERI.

Odpovědi na třetí výzkumnou otázku nabízí tabulka 10. Při posouzení rozdílnosti průměrů ERI mezi čtyřmi definovanými skupinami pracovníků výrazně vyčnívají „zdravotničtí“ pracovníci v institucích, u nichž je nerovnováha nejvyšší. Tato hodnota se statisticky významně liší od hodnot zbývajících tří skupin, jejichž průměry jsou podobné. Při druhém typu rozdělení výzkumného souboru (na pracovníky „zdravotnické“ versus „sociální“ a na pracovníky v institucích versus v terénu) se ukázalo, že:

- pracovníci „zdravotničtí“ mají signifikantně vyšší nerovnováhu ERI oproti „sociálním“ pracovníkům

²⁰ Jak jsme již dříve zmínili, adjustování slouží k transformaci výsledných hodnot veličiny na rozmezí nula až sto. Procedura adjustování slouží k vzájemné porovnatelnosti výsledků měření ERI prostřednictvím různých variant dotazníků ERI.

- pracovníci v institucích mají signifikantně vyšší nerovnováhu ERI oproti těm, kteří pracují v terénních službách
- průměrná míra nerovnováhy ERI všech „zdravotnických“ pracovníků a všech pracovníků v institucích je podobná, stejně jako průměrná míra nerovnováhy ERI ve skupině všech „sociálních“ pracovníků a všech pracovníků v terénních službách

Z pravého sloupce tabulky 10 můžeme vysledovat, že nerovnováha ERI se vyskytuje u 46 – 68 % respondentů. Nejvyšší zastoupení respondentů trpících pocitem vysokého úsilí vkládaného do práce a neadekvátně nízkých odměn je mezi „zdravotnickými“ pracovníky v institucionálních zařízeních dlouhodobé péče. Tento pocit vyjádřilo 68 % z nich. Konkrétně se jedná o registrované zdravotní sestry a zdravotní asistenty v léčebnách dlouhodobě nemocných. Riziko nerovnováhy modelu ERI vyšší než 60 % se prokázalo také u všech zaměstnanců v institucích (62 %), a také u všech „zdravotnických“ pracovníků (60 %). Můžeme konstatovat, že třetí hypotéza byla potvrzena.

Tabulka 10. Průměrná úroveň koeficientu ERI u jednotlivých skupin výzkumného souboru

Skupiny pracovníků	N	Průměr adjust ERI (SD)	Riziko ERI % (N)
Celkem	265	1,34 (1,15)	57 % (150)
"zdravotníci" v institucích	96	1,67 (1,48)	68 % (65)
"zdravotníci" v terénu	54	1,12 (1,04)	46 % (25)
"sociální" v institucích	56	1,14 (0,68)	52 % (29)
"sociální" v terénu	59	1,17 (0,85)	53 % (31)
všichni "zdravotníci"	150	1,47 (1,36)	60 % (90)
všichni "sociální"	115	1,16 (0,76)	52 % (60)
všichni v institucích	152	1,48 (1,27)	62 % (94)
všichni v terénu	113	1,14 (0,94)	49 % (54)

Zdroj: vlastní výpočty.

Poznámka: Pro adjustování jsme zvolili postup uvedený v manuálu Siegrista a kolektivu vydaného v roce 2014. Veličinu „Riziko ERI“ definujeme jako podíl respondentů s nerovnováhou ERI ve sledované skupině.

3.2.2 Další analýzy

Po zodpovězení námi definovaných výzkumných otázek a posouzení pracovních hypotéz jsme provedli sérii doplňujících analýz. Využili jsme k nim další údaje získané z dotazníků. Realizovali jsme statistické analýzy prvního a druhého stupně prostřednictvím četností a kontingenčních tabulek. Při analýzách druhého stupně jsme za nezávisle proměnné stanovili tyto: věk, délka praxe v dlouhodobé péči, vzdělání, nadřízenost versus podřízenost, postoj k víře, rodinný stav. Za závisle proměnné jsme stanovili: nerovnováha ERI, osobní pohoda, fyzická dimenze osobní pohody, psychická dimenze osobní pohody, sociální dimenze osobní pohody, úvahy o odchodu z pracoviště. Následuje popis zjištěných statistických souvislostí.

3.2.2.1 Podrobnější rozbor vybraných otázek modelu ERI

Model ERI se ve zkrácené variantě, kterou jsme v dotazníku využili, skládá z deseti výroků, u nichž respondenti hodnotí míru svého souhlasu na čtyřstupňové škále (silně nesouhlasím, nesouhlasím, souhlasím, silně souhlasím). V tabulce 11 uvádíme relativní četnosti odpovědí na stanovené výroky. Upozorníme na tři z výroků, u nichž byl nejvyšší rozdíl mezi počtem respondentů, kteří souhlasili a těch, kteří nesouhlasili. U výroku ERI 3 se sedmdesát procent respondentů domnívá, že náročnost jejich práce se během posledních let velmi výrazně zvýšila. Třicet procent respondentů zvýšení náročnosti nevnímá. Za zmínku stojí také výsledek výroku ERI 4 o vnímaném respektu ze strany nadřízených. Více než dvě třetiny respondentů považují tento respekt za dostatečný. Poslední výrok ERI 10 zachycuje choulostivé téma platového ohodnocení zaměstnanců. Ukázalo se, že sedmdesát procent dotázaných považuje výši svého příjmu za nedostatečnou vzhledem k odvedené práci.

Tabulka 11. Relativní četnosti výroků v modelu ERI.

	Výrok	silně nesouhlasím (%)	nesouhlasím (%)	souhlasím (%)	silně souhlasím (%)	celkem (%)
ERI 1	Jsem v neustálé časové tísní způsobené množstvím práce.	3	47	40	11	100
ERI 2	Moje práce je často přerušována a narušována.	4	45	40	12	100
ERI 3	Během posledních let se moje práce stává více a více náročnější.	3	27	53	17	100
ERI 4	Od mých nadřízených nebo příslušných důležitých osob se mi dostává respektu, který mi náleží.	5	27	61	7	100
ERI 5	Vyhlídky na můj pracovní postup jsou nepříznivé.	5	36	48	12	100
ERI 6	Zažil/a jsem nebo očekávám nějaké negativní změny ve své pracovní situaci.	5	54	33	8	100
ERI 7	Moje místo v zaměstnání je nejisté.	4	58	32	6	100
ERI 8	Zvážím-li všechno své úsilí a výsledky, dostává se mi v práci takové úcty a uznání, jaké mi náleží.	9	33	54	5	100
ERI 9	Zvážím-li všechno své úsilí a výsledky, jsou mé vyhlídky na pracovní postup odpovídající.	7	39	51	4	100
ERI 10	Zvážím-li všechno své úsilí a výsledky, má mzda/můj příjem je odpovídající.	28	42	26	4	100

Zdroj: vlastní výpočty.

Výroky ERI 3, ERI 4 a ERI 10 nyní rozebereme podrobněji pro úžeji definované skupiny respondentů. Jak je patrné z tabulky 12, nejvyšší nárůst náročnosti práce během posledních let pociťují „zdravotníci“ pracovníci v institucích dlouhodobé péče. S výrokem ERI3 souhlasilo 84 % z nich. Výsledek potvrzuje již dříve zmíněnou skutečnost, že práce v léčebnách dlouhodobé péče patří vzhledem k neblahým panujícím podmínkám k jedné z nejnáročnějších. Také úroveň nerovnováhy ERI byla nejvýraznější u této cílové skupiny (viz rozbor třetí pracovní hypotézy). V následující tabulce 13 je zajímavé porovnat, že zatímco 91 % „sociálních“ pracovníků v institucích cítí respekt od nadřízených, stejný pocit sdílí pouze 55 % „zdravotnických“ pracovníků v institucích. Míra souhlasu se třetím vybraným výrokem, který se týká adekvátnosti platu vzhledem k odvedené práci, je maximálně třetinová (tabulka 14). Nejhuře ohodnoceni se cítili „sociální“ pracovníci v terénních pečovatelských službách (76 % z nich nepovažuje výši příjmu za odpovídající). Podobně skupiny všech terénních pracovníků (74 %) a všech „zdravotnických“ pracovníků v dlouhodobé péči (73 %) se považuje za platově podhodnocené.

Tabulka 12. Relativní četnosti výroku ERI 3 v modelu ERI u skupin.

ERI 3: Během posledních let se moje práce stává více a více náročnější.	N	nesouhlas (%)	souhlas (%)
Celkem	265	30	70
"zdravotníci" v institucích	96	16	84
"zdravotníci" v terénu	54	38	62
"sociální" v institucích	56	40	60
"sociální" v terénu	59	35	66
všichni "zdravotníci"	150	19	81
všichni "sociální"	115	39	61
všichni v institucích	152	24	76
všichni v terénu	113	36	64

Zdroj: vlastní výpočty.

Tabulka 13. Relativní četnosti výroku ERI 4 v Modelu ERI u skupin.

ERI 4: Od mých nadřízených nebo příslušných důležitých osob se mi dostává respektu, který mi náleží.	N	nesouhlas (%)	souhlas (%)
Celkem	265	32	68
"zdravotníci" v institucích	96	45	55
"zdravotníci" v terénu	54	28	72
"sociální" v institucích	56	9	91
"sociální" v terénu	59	36	64
všichni "zdravotníci"	150	42	59
všichni "sociální"	115	24	76
všichni v institucích	152	32	68
všichni v terénu	113	32	68

Zdroj: vlastní výpočty.

Tabulka 14. Relativní četnosti výroku ERI 10 v Modelu ERI u skupin.

ERI 10: Zváží-li všechno své úsilí a výsledky, má mzda/můj příjem je odpovídající.	N	nesouhlas (%)	souhlas (%)
Celkem	265	70	30
"zdravotníci" v institucích	96	68	32
"zdravotníci" v terénu	54	70	30
"sociální" v institucích	56	67	33
"sociální" v terénu	59	76	24
všichni "zdravotníci"	150	73	27
všichni "sociální"	115	67	33
všichni v institucích	152	67	33
všichni v terénu	113	74	26

Zdroj: vlastní výpočty.

3.2.2.2 Fluktuační tendence

Na otázku „*Uvažoval/a jste někdy o tom, že byste odešel/a z tohoto zařízení?*“, odpovědělo 43 % záporně, 25 % o odchodu uvažovalo, ale rozhodli se na stávajícím pracovišti zůstat, 27 % plánuje změnu pracoviště v dlouhodobějším časovém horizontu a 5 % bezprostředně uvažuje o odchodu včetně aktivního hledání jiných pracovních nabídek. Při statistických analýzách druhého stupně se prokázal předpokládaný vliv nerovnováhy ERI na úvahy o odchodu z pracoviště: respondenti se silnějším subjektivním pocitem nerovnováhy mezi vysokým pracovním úsilím a nízkými odměnami častěji uvažovali o opuštění stávajícího pracoviště.

3.2.2.3 Víra

Třicet procent respondentů se považuje za věřící a sedmdesát procent za nevěřící, což odpovídá trendům celostátních statistik. Víra v našem souboru není závislá na věku respondentů. Podobné procentuální rozložení věřících a nevěřících se ukázalo v rámci věkových kategorií do 35 let (26 % věřících), 36-55 let (33 % věřících) a 56 a více let (28 % věřících). Při analýze druhého stupně jsme otázku na postoj k víře definovali jako nezávisle proměnnou a veličinu ERI jako závisle proměnnou. Ukázalo se, že postoj k víře nemá vliv na pocit nerovnováhy ERI. Podrobnější zkoumání typu náboženského vyznání nebylo součástí dotazníku.

3.2.2.4 Věk

Proměnnou věk jsme rekódovali z původních šesti intervalů na tři. Kategorii do 35 let jsme označili jako mladší věk (23 % respondentů), 36 – 55 let jako střední věk (59 % respondentů) a 56 a více let jako starší věk (18 % respondentů). Z analýz závislosti pomocí kontingenčních tabulek vzešly dvě proměnné, které byly na věku respondentů závislé (v intervalu spolehlivosti 95 %). Jednalo se o veličinu osobní pohoda a o fyzickou dimenzi osobní pohody (měřenou pomocí otázky na subjektivní pocit zdraví během posledních dvanácti měsíců). V případě celkového pocitu osobní pohody se ukázalo, že 67 % respondentů s nižší osobní pohodou je ze střední věkové skupiny (36-55 let). Horší pocity vlastního zdraví během uplynulého roku uváděla rovněž převaha respondentů (68 %) ze střední věkové kategorie. Pracovníci ve středních věkových kategoriích vnímají hůře svou

osobní a fyzickou pohodu v porovnání s jejich mladšími a staršími spolupracovníky. Nerovnováha ERI se neukázala jako závislá na věku respondentů.

3.2.2.5 Vzdělání

Vzdělání jsme rovněž rekódovali na tři kategorie. Nižší vzdělání slučovalo základní stupeň a střední bez maturity (26 % respondentů), střední vzdělání reprezentovala kategorie střední s maturitou (48 % respondentů) a vyšší vzdělání obsahovalo kategorie vyšší odborná škola a vysoká škola (26 % respondentů). Třídění druhého stupně upozornilo na dvě závisle proměnné: celkovou osobní pohodu a na psychickou dimenzi osobní pohody. Nadpoloviční většina respondentů s horší celkovou osobní pohodou (57 %) a s horší psychickou pohodou (56 %) má středoškolské vzdělání s maturitou.

3.2.2.6 Délka praxe v dlouhodobé péči

Další analyzovanou nezávisle proměnnou byla otázka na délku praxe v dlouhodobé péči. Původních pět intervalů jsme redukovali na tři: délka praxe v rozmezí 1-3 roky (26 % respondentů), 4-15 let (54 % respondentů) a více než 15 let (20 % respondentů). Ze série analýz vzešla jediná statisticky významná závislost, která se týkala fyzické dimenze osobní pohody. Zatímco respondentů s délkou praxe do tří let, kteří uvedli horší zdravotní stav v uplynulém roce, bylo 29 %, služebně starších kolegů s praxí 15 a více let s horším zdravotním stavem bylo 50 %.

3.2.2.7 Nadřízenost versus podřízenost

Předposlední nezávisle proměnnou v našich doplňujících statistických analýzách zjišťovala otázka, zda má respondent nějaké podřízené pracovníky. Ve výzkumném souboru bylo zastoupeno 31 % nadřízených a 69 % podřízených pracovníků. I zde se projevila souvislost s veličinou „riziko ERI“, tedy s podílem respondentů s nerovnováhou ERI ve sledované skupině. Zatímco u podřízených pracovníků se tato nerovnováha objevuje v 51 %, u nadřízených osob v 71 %. Tuto skutečnost můžeme interpretovat tak, že vyšší podíl osob s nerovnováhou ERI mezi nadřízenými vyplývá z jejich vyšší odpovědnosti a náročnosti práce.

3.2.2.8 Rodinný stav

Rodinný stav měl statisticky signifikantní vliv na jedinou ze sledovaných veličin, a to na fyzickou pohodu. Zjistili jsme, že mezi svobodnými se cítí v dobré zdravotní kondici 66 % respondentů, mezi ženatými / vdanými a lidmi v dlouhodobém svazku se cítí fyzicky dobře 57 % respondentů a mezi rozvedenými se fyzicky dobře cítí 47 % dotázaných. Mezi svobodnými se převážně nachází lidé mladšího věku (v našem vzorku jsou dvě třetiny svobodných ve věku do 35 let), kteří se spíše cítí zdravotně dobře, než lidé starší. Zajímavý je ovšem desetiprocentní rozdíl mezi lidmi v manželství či dlouhodobém vztahu a mezi rozvedenými.

4 SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ A DISKUSE

V této části práce nejprve zmíníme hlavní poznatky z první fáze výzkumu, následně shrneme nejpodstatnější výsledky kvantitativní části šetření. Poznatky doprovodíme komentáři srovnávajícími naše zjištění se zahraničními studiemi. V další části kapitoly poukážeme na limity provedeného výzkumu a upozorníme na rizika spojená s nesprávnou interpretací výsledků. Závěrem kapitoly nastíníme perspektivy dalšího možného směřování sociologického výzkumu v sociálně zdravotní oblasti dlouhodobé péče.

4.1 Výstupy z focus groups

Ve skupinových diskuzích se zaměstnanci v oblasti dlouhodobé péče v rámci našeho předvýzkumu jsme se nejprve zajímali o jejich asociace spojené s pojmem podpora zdraví na pracovišti. Z převažujících odpovědí vyplynulo, že pojem podpora zdraví je často dáván do souvislosti s poskytováním různých forem zaměstnaneckých výhod. Možnosti zaměstnavatelů (ve státních i nestátních zařízeních) poskytovat pracovníkům tyto benefity se však výrazně liší. Jelikož se jedná o dobrovolnou formu péče o zaměstnance, záleží na konkrétním zaměstnavateli, jakou část v rámci svého rozpočtu vymezí na danou oblast. Přestože se v námi oslovených zařízeních některé formy benefitů vyskytují, otázkou zůstává, nakolik mají motivační a zdraví prospěšný vliv na pracovníky, případně jedná-li se o spíše o prostředek ke krátkodobému zvýšení jejich spokojenosti. Zahraniční studie efektu zaměstnaneckých výhod na spokojenost a výkon zaměstnanců prováděné v posledních desetiletích přinášejí různé výsledky. Shodují se však v tom, že cíleně vybrané benefity mohou představovat účinný nástroj při náboru nových zaměstnanců, udržení těch stávajících a v celkovém zvýšení atraktivity podniku (Forsyth 2009; Tsai, Wang 2005).

V další části diskusí jsme se zaměřili na hlavní zátěže v práci pečujících profesionálů. Důvody pro pocit spokojenosti i nespokojenosti zaměstnanců na pracovišti mohou mít ryze subjektivní a situačně zaměřený charakter. Přesto se v pomáhajících profesích setkáváme s obecnějšími faktory, které pracovníci uvádějí nejčastěji, například nedostatečné ocenění, málo času na přímou péči o klienty, přebujelá administrativa, nedostatečná kvalifikovanost a další (Válková, Korejsová, Holmerová 2010).

Naše zjištění se ve vysoké míře shodují s celosvětově reflektovanými potížemi spojenými s tímto povoláním v posledních desetiletích (Wahrendorf et al. 2013; Krajic et al 2010; Huxley 2005; Siegrist, Rödel 2005). Jedná se zejména o tyto skutečnosti:

- pocit nedostatečného ocenění fyzicky a psychicky náročné práce s křehkými a nemocnými seniory ze strany společnosti
- nedostatek pracovníků a s tím spojené přetěžování stávajících profesionálních pečujících
- přebujelé administrativní postupy, které ubírají pracovníkům čas věnovat se klientům/pacientům
- psychická traumata spojená s každodenním stykem se stářím, nemocí a umíráním, doprovázená v některých případech pocity frustrace kvůli velmi omezeným možnostem pomoci trpícímu

Jak uvádějí Tjadens a Colombo (2011: 14), pracovníci v dlouhodobé péči, které tvoří převážně ženy, se často cítí být nedostatečně uznáváni, nemají dobré pracovní podmínky a to u nich vyvolává pocity nespokojenosti. Rozpor mezi očekávanými pracovními podmínkami a realitou tak může vyústit v podávání horších pracovních výkonů, případně až ve změnu zaměstnání. Vzhledem k nedostatečně ucelené strategii ČR v problematice dlouhodobé péče však většinou není v reálných možnostech poskytovatelů sociálních služeb pracovní podmínky kontinuálně zlepšovat.

Všeobecný nedostatek pracovníků v pečujících profesích, kterým trpí řada evropských zemí, je možné kompenzovat různými způsoby. Jednou z možností je přijímání občanů jiných národností na tyto pozice. Tento trend je v současnosti dosti rozšířený. Další možností je začlenění původně neformálních pečujících, kteří mají k této oblasti vztah, do profesionální péče. Toto řešení nabízí například aktuálně probíhající projekt (2014-2016) nazvaný “Integrace pečujících osob na trh práce skrze rozvoj klíčových kompetencí” (ELMI)²¹ financovaný z evropských rozvojových fondů. Do projektu je zapojeno Rumunsko, Polsko, Česká republika, Rakousko a Itálie jako hlavní koordinátor. Jelikož je dle Evropské zprávy o stárnutí (2007) do péče zapojen každý čtvrtý Evropan a to

²¹ <http://www.elmiproject.eu/projekt-elmi-czech/>

v naprosté většině případů jako rodinný pečující, rozhodli se tvůrci projektu vytvořit e-learningové kurzy, které mají sloužit zájemcům z řad neformálních pečovatelů o získání dostatečných znalostí pro získání statusu profesionálního pečovatele. Po absolvování kurzu obdrží účastníci certifikát, který slouží jako podpůrný materiál při hledání zaměstnání v dlouhodobé péči. V rámci projektu ELMI dochází k přenosu italského e-learningového kurzu pro neformální pečovatele do Rumunska. Zároveň se zkouší a hodnotí varianta jeho využití v Polsku a v České republice. Francouzská vláda přišla s další možností, jak navýšit počet profesionálních pečovatelů o seniory. Jejím cílem v této oblasti je rozšíření nabídek vzdělávání pro získání kvalifikace diplomovaných ošetřovatelů a také snazší získání certifikátu pro stávající pečovatele, kterým se tak rozšíří kompetence (Dlouhodobá péče v Evropské unii 2008).

Jedním z ústředních témat probíraných ve skupinových diskusích byly faktory, které přispívají k osobní a pracovní pohodě zaměstnanců. V zahraničních studiích se objevují tyto benefity pomáhajících profesí v dlouhodobé péči: vyšší sebeúcta, spokojenost se splněním povinností spojených s péčí, nabývání kompetencí a lepší zvládání úkolů, pocit vlastní užitečnosti (Neal, Wagner 2001).

V našem výzkumu jsme frekventované odpovědi pro přehlednost rozdělili do dvou hlavních oblastí, které jsme označili jako psychosociální faktory a pracovní podmínky (viz tabulka 7, str. 97). Mezi nejčastěji zmiňované psychosociální podpůrné prvky v práci profesionálních pečujících patří slovní uznání za odvedenou práci. Někteří respondenti však měli pocit, že se jim takové ocenění nedostává dostatečně často. Tuto skutečnost reflektuje i na úrovni neformálních pečujících Glennová, která uvádí, že větší ocenění a uznání (rodinných) pečujících by nejen zvýšilo jejich postavení v celospolečenském měřítku, ale přispělo by též k navýšení prestiže pomáhajících profesí. To by vedlo ke zvýšenému zájmu pro další skupiny zapojit se do péče. Společnost, která si cení péče jako takové, by podle Glennové byla nejen laskavější, ale také více rovnostářská a spravedlivá (Glenn 2000: 84). K podobným závěrům dospěla též Roseová (1997), která upozornila na nutnost sociální a emocionální podpory zejména rodinných pečujících, vyjadřování respektu vůči jejich nelehké společenské roli. Podpora pracovníků ze strany vedení organizace hraje významnou roli v otázce pracovní spokojenosti. Jak uvádí Testad, zdravotní sestry, které dostávaly vyšší podporu od nadřízených, se cítily spokojenější a méně stresované (Testad et al. 2009: 795).

Kromě projevů uznání a psychosociální podpory od okolí je pro profesionály působící v dlouhodobé péči významně motivující pocit, že je klient spokojený a jeho zdravotní stav se zlepšil, případně alespoň nezhoršuje. K tomuto blahodárnému pocitu může přispět tzv. péče zaměřená na osobu (person – centred care), která je v literatuře popisována jako proces zahrnující podporu důvěry, práv, hodnot a potřeb pacienta / klienta, jeho zahrnutí do léčby a podle možností též vlastní rozhodování o jejím průběhu (Pol-Grevelink et al. 2012). Autoři provedli systematický přehled studií zabývajících se dopadem různých forem péče zaměřené na osobu na jednotlivé dimenze pracovní spokojenosti profesionálních pečujících. Z celkem sedmi studií vyhovujících výběrovým požadavkům vyplynulo, že péče zaměřená na osobu má pozitivní důsledky jak pro pacienty/klienty, tak pro pečující. Tento druh péče zlepšuje jejich vzájemné vztahy, pozitivní změny v náladách a chování pacientů/klientů, zvýšení well-being u obou skupin. Různé formy péče zaměřené na osobu zvyšovaly pracovní spokojenost pečujících, snižovaly absentérství a stres a přispívaly k vyšším pracovním úspěchům. Pozitivní dopady na pacienty/klienty a pečující personál se též projeví ve zlepšení fungování zařízení dlouhodobé péče. Spokojenější zaměstnanci mohou zvýšit zájem o práci dalších uchazečů o toto zaměstnání. Nízká fluktuace přináší organizaci stabilnější ekonomickou situaci. Tato péče se ukázala jako mimořádně účinná u pacientů trpících demencí (Edvardsson et al. 2008). Zároveň však není dostatečně rozšířena v oblasti dlouhodobé péče i přes její prokázané pozitivní dopady (Rockwell 2012; Hunter, Levett Jones 2010).

V diskusích jsme se dále dozvěděli, že je pro pracovníky v dlouhodobé péči velmi důležitý dobře fungující pracovní kolektiv. Řada respondentů deklarovala, že z kolegů se mohou časem stát přátelé a trávit společně též mimopracovní čas. Někteří účastníci skupinových diskusí dokonce považovali příjemný pracovní kolektiv za podstatný důvod ke skutečnosti, že do práce rádi chodí. Tuzemský výzkum Drozdové a Kebzy zjišťující stresové faktory v práci zdravotních sester (334 respondentů) přinesl poznání, že absence dobrých mezilidských vztahů na pracovišti i v okolí znamená pro sestry nejvyšší stresovou zátěž. Zároveň setkání s přáteli (kteří mohou zároveň být kolegy) zařadili respondenti jako druhý nejúčinnější způsob obrany proti stresu. Nejúčinnější prevencí stresu jmenovali fyzickou aktivitu (Drozdová, Kebza 2011).

K podobným pozitivním souvislostem mezi vazbami pracovního kolektivu a pracovní spokojeností či efektivitou práce docházejí rovněž zahraniční studie. Nizozemská badatelka Martina Buljac-Samardzic publikovala v roce 2012 studii zabývající se tzv.

zdravými pracovními týmy v dlouhodobé péči a jejich vlivem na zvyšování pracovního výkonu členů. Z analýzy vyplynuly tři různé pohledy na příčiny efektivity pracovních týmů. V prvním pohledu byla označena pevná vazba mezi členy týmu jako nejdůležitější faktor efektivity. Druhý pohled kladl nejvyšší důraz na týmovou komunikaci. Třetí výklad efektivní práce týmu spočíval ve skupinové práci jednotlivců, kteří se považují za součást vyššího celku a nikoli za individuální jednotky (Buljac-Samardzic 2012: 100).

Také Wheelanová et al. (2003) upozornila na souvislost mezi pracovní efektivitou a týmovým charakterem práce ve zdravotnickém prostředí, konkrétně na jednotkách intenzivní péče (JIP). Pracovníci z oddělení, která vykazovala větší úspěchy v léčbě pacientů a nižší úmrtnost, se cítili být více týmově spojeni, než kolegové z jednotek intenzivní péče, kde neměli tak dobré pracovní výsledky. Zároveň personál dobře fungujících JIP vnímal pracovní týmy na svých odděleních jako strukturovanější a organizovanější oproti personálu z hůře fungujících JIP.

Tým izraelských badatelů v čele s A. Shiromem publikoval v roce 2011 studii zabývající se nejčastějšími příčinami úmrtnosti zaměstnanců, potažmo prediktory spokojeného pracovního života. Téma sledovali dvacet let a studie obsahuje souhrnné výsledky za toho období. Od roku 1988 pravidelně sledovali zdravotní stav celkem 820 dospělých zdravých zaměstnanců (třetina žen) z rozličných pracovních prostředí velkých izraelských organizací (zdravotnictví, pojišťovnictví, veřejné služby, a průmyslová výroba). Hlavním zjištěním byl poznatek, že riziko úmrtnosti bylo statisticky významně nižší u zaměstnanců, kteří uváděli vysokou spokojenost s pracovními vztahy s kolegy a vzájemnou sociální podporou. Nejsilněji se vliv sociální podpory spolupracovníků, která byla operacionalizována pomocí dvou položek: přátelský přístup a pomoc při řešení problémů, na riziko úmrtí projevil u zaměstnanců ve věkové skupině 38 až 43 let. Kromě sociální podpory se výzkum zaměřil na riziko úmrtí ve spojení s mírou kontroly, kterou zaměstnanci pociťují v práci²². Zjistilo se, že pro muže, kteří cítí kontrolu a autoritu při rozhodování o své práci, platí podobný vliv nižšího rizika úmrtnosti, jako v případě vztahu úmrtnosti a sociální podpory spolupracovníků. U žen však pocit kontroly a autority naopak vedl ke zvýšenému riziku mortality. Tato genderová odlišnost byla autory studie zdůvodněna tím, že u zaměstnanců s dělnickými profesemi (kteří tvořili většinu respondentů) je vyšší úroveň kontroly u pracovních rolí, které dělají muži, než které

²² Ke zjišťování míry kontroly byl využit model Job-Demand Control vytvořený R. Karaskem. O modelu se zmiňujeme v části práce věnované popisu modelu Effort Reward Imbalance.

vykonávají ženy. U žen v dělnických profesích faktor nižší možnosti rozhodování o své pracovní činnosti nezvyšoval riziko onemocnění vyvolaných stresem.

Také studie australských a amerických autorů (Brunetto et al. 2013) potvrzuje významnost dobrých sociálních vztahů na pracovišti pro osobní pohodu zaměstnanců ve zdravotnickém prostředí. Zároveň konstatují, že manažeři zdravotních zařízení by neměli přehlížet důraz na kvalitu pracovních podmínek svých zaměstnanců, jelikož bude vzhledem k sociálně demografickým trendům současnosti, jako je prodlužování střední délky života, stárnutí populace a častější výskyt nemocí pozdního věku, tato skupina stále potřebnější.

Dalším významným psychosociálním aspektem práce v pomáhající profesi je její smysluplnost. Ta souvisí s identifikací jedince s pracovní činností. Naše zjištění jsou v souladu s výstupy zahraničních studií, které tvrdí, že pro pečující osoby je vnitřní uspokojení z pocitu smysluplnosti jejich činnosti významnou determinantou setrvání v pomáhající profesi (Weinstein, Ryan 2010).

Vzrůstající zájem o identitu pracovníků není podle kritických sociologů Ulricha Becka a Zygmunta Baumana překvapující. Současná společnost podle nich čelí neustálému požadavku na rekonstrukci naší identity, jak v osobním životě, tak v pracovním prostředí. Součástí takové rekonstrukce je i hledání smyslu vykonávané práce, který je považován za podstatnou součást kvality práce a pracovního prostředí. V často využívaném mezinárodním dotazníku reflektujícím psychosociální aspekty práce (The Copenhagen Psychosocial Questionnaire) je kategorie smysluplnost práce jednou ze šesti dimenzí, z nichž se skládá výsledný skóre. Naši respondenti vnímali tento aspekt jako velmi podstatnou součást pocitu naplnění, který jim práce přináší. V několika případech dávali do kontrastu práci pomáhajícího typu a práci kancelářského typu. V prvním případě podle nich nebylo o smysluplnosti pochyb, ve druhém případě hovořili o kancelářských pracovnících jako o „kolečkách ve stroji“, která nevidí výsledky své práce a nejsou vnímána jako důležitá.

Výzkum smysluplnosti práce v dlouhodobé péči provedli v roce 2008 dánští badatelé v čele s Annette Kamp a Pernille Bottrup. Zaměřili se na zařízení typu home care, pro něž je charakteristické, že zdravotní a sociální pracovníci dochází za starými lidmi do jejich domácího prostředí. Provedli sérii kvalitativních analýz s využitím technik pozorování, individuálních rozhovorů a skupinových diskusí s běžnými pracovníky a s

manažery. Výzkumníci dospěli k podobným výsledkům, jako my. Dánští pracovníci v dlouhodobé péči považují svou práci sice za smysluplnou, nicméně úskalí spojená s pracovními podmínkami jim tento pocit částečně narušují. Jde zejména o zásadní instrumentalizaci práce, kdy je na jednotlivé úkony vymezen přesný časový limit. V mnoha případech je tímto odosobněným opatřením opomíjena individuální složka péče, kdy profesionálním pečujícím nezbývá dostatek času na rozhovor s klienty. Přitom, sociální kontakt starých a mnohdy osamocených lidí s pečujícími velmi prospívá udržování jejich psychosociální i fyzické vitality. Pečující čelí značnému tlaku v situacích, kdy na jednu stranu musí respektovat časové schéma prováděných úkonů, na druhou stranu chtějí vyhovět klientovi a udržovat s ním běžnou konverzaci. Tento tlak nezřídka ústí ve frustraci pracovníků a narušení pocitu smysluplnosti jejich práce. Přes výše uvedené dilema vidí pečující ze zdravotní oblasti největší smysl své práce v provádění zdravotních úkonů, které jsou měřitelné (krevní tlak, předepisování diety apod.) a prokazatelně z nich mohou vidět výsledky své práce, v nejlepším případě zlepšení zdravotního stavu seniora. Pro pečující ze sociální oblasti je nejvýraznějším aspektem smysluplnosti práce udržování sociálního kontaktu s klientem, jeho podpora a také vlastní rozvoj sbíráním zkušeností. Konverzaci s různými klienty a oživování jejich životních příběhů pomocí rozhovorů vnímají tyto pečující jako sebeobohacující momenty (Kamp, Bottrup 2008).

Mezi psychosociální faktory přispívající k pocitu pohody na pracovišti naši respondenti zařadili také smysl pro humor. Ten může při citlivém využívání prokázat mnoho dobrého jak pro pracovníky, tak pro klienty/pacienty. Využití humoru při interakci s klienty, který je přiměřený jejich situaci a schopnosti vnímat, může výrazně přispívat k vyšší kvalitě života. V takovém případě se klient cítí příjemněji a více spolupracuje. Greengross (2013) provedl rešerši studií zkoumajících podoby humoru v souvislosti s věkem jedinců. Dospěl k poznání, že starší lidé oceňují humor více, než mladší generace. Zároveň ale také u starších přibývá riziko nepochopení vtipu v důsledku zhoršování kognitivních funkcí. Množství času vyplněné smíchem je vyšší u mladších lidí, kteří na rozdíl od starších upřednostňují agresivnější formy humoru. Starší bývají citliví zejména na vtipy spojené s tématem stáří. Této oblasti by se tedy měl pracovník v dlouhodobé péči vyvarovat.

Model žertujícího pracovníka může pozitivně „nakazit“ klienta, který se začne chovat uvolněněji a sám bude humor využívat, dovolí-li mu to jeho zdravotní a psychický stav. Společné interakce v příjemné atmosféře jsou pro obě strany mnohem příznivější. Pro

seniory, kteří využívají služby dlouhodobé péče, představují tyto služby důležitý aspekt jejich života a také zasahují do života rodiny a blízkých. Pokud se do této zpravidla komplikovanější životní fáze vnáší humor, může být všemi zúčastněnými vnímána z té lepší stránky. Využití humoru a smíchu má prokazatelné biologické účinky, kdy se v těle objevuje zvýšená sekrece endorfinů. Tyto hormony „šťěstí“ zlepšují náladu a také zvyšují odolnost vůči bolesti, snižují tělesné i duševní napětí (Dunbar et al. 2012).

Zařízení dlouhodobé péče jsou místy pobytu lidí s fyzickými, mentálními, emocionálními a sociálními bariérami. Navenek mohou být vnímána jako prostředí plná nemocí, smutku a umírání. Zároveň jsou pracovníci v dlouhodobé péči zahlcováni množstvím úkolů a často pracují pod tlakem. V takové situaci zapomínají nebo nemají chuť uplatňovat humor, který by měl tvořit jednu z hlavních privátních zbraní proti pocitům frustrace a vyhoření a naopak nabourávat rutinu pracovních dnů a snižovat účinky stresu (Nešpor 2015).

Tématem syndromu vyhoření jsme se zabývali v závěrečné části skupinových diskusí. Ptali jsme se, zda se pracovníci v průběhu své praxe setkali u sebe či ve svém okolí s tímto syndromem. V naprosté většině případů jsme zaznamenali kladnou odpověď, tedy že znají ze svého okolí kolegy, kteří si vyhořením prošli. Někteří respondenti se s tímto stavem střetli osobně. V obecné rovině jsou profese, kde pracovník přichází do přímého kontaktu s lidmi, častěji považovány za náchylnější k syndromu vyhoření, než profese kancelářského typu. Podle novějších poznatků však může pracovní vyhoření postihnout lidi v nejrůznějších profesích a záleží spíše na osobních a situačních předpokladech jednotlivce, zda se vyhoření ubrání (Stock 2010; Kebza, Šolcová, 2003a).

Istifan Maroon uvádí ve své knize Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků z roku 2012 několik kazuistik. Poukazuje v nich na typické situace, jak mohou lidé pracující v pomáhajících profesích vyhořet a jaké to může mít následky na jejich osobní a pracovní život. Ve stručnosti shrneme tři případy, které korespondují s příběhy vyslechnutými od našich respondentů, ať už se týkaly jich samotných, nebo jejich kolegů. Všichni níže popsaní sociální pracovníci prošli vyhořením. Dvěma z nich se podařilo změnit životní způsob tak, že se vrátili k pomáhající profesi. V kazuistice A žena odešla do bankovního sektoru, kde nemusela pracovat s lidmi a k původní profesi se již nevrátila. Všechny případy spojuje skutečnost, že se díky odborné pomoci a více či méně radikální

změně životního stylu dotyčným podařilo vrátit se zpět do normálního života, přestože si z fáze vyhoření odnesli následky.

A. Jednatřicetiletá žena pracovala na psychiatrickém oddělení v nemocnici jako sociální pracovnice. Vstoupila do profese jako velmi motivovaná a s vysokými cíli. Po třech letech začala cítit příznaky syndromu vyhoření jako je pocit nesmyslnosti, lhostejnosti. Práce s chronicky nemocnými, kteří potřebovali neustálou péči, ji vysilovala. **Frustrovalo ji, že i když u některých pacientů mohla pozorovat změny k lepšímu, byly nepatrné. Žena se nakonec rozhodla pomáhající profesi opustit a přijala místo v bance. K původní práci se nevrátila.** *„Hlavní příčinou vyhoření byl pocit, že je naprosto neschopná u lidí postižených chronickým psychickým onemocněním vyvolat nějakou změnu, i velká snaha přinesla jen malá zlepšení. Její reakce byla typická: vyčerpání, zlost na kolegy, stížnosti na pacienty, pocit, že se nemůže postarat o potřebné, cynismus k životu obecně a k vlastnímu obzvláště. Všechny tyto příznaky jsou typické pro ty, kteří měli rádi lidi a svou cestu začali jako idealisté“* (Maroon 2012: 131-132).

B. Osmadvacetiletá svobodná žena žijící s rodiči byla vychována v prostředí, kde se pomoc slabším považovala za důležitou. Snila o místě sociální pracovnice, zakladatelky sociální nadace, která bude pomáhat lidem v nouzi. Během studia pomáhala jako dobrovolnice, poté pracovala v sociální správě a v centru pro drogově závislé. Kromě toho ve volném čase pomáhala starým lidem v obci. Práce ji pohlcovala a nechtěla „ztrácet čas“ odpočinkem. Cítila se být nenahraditelnou. Žena povzbuzovaná rodinou měla ze začátku hodně elánu a velké sny, její očekávání však byla nereálná. Neodhadla svou výkonnost a ochotu druhých spolupracovat. Postupně vyčerpala své síly. Po třech letech vyhledala odbornou pomoc supervizora, který ji přiměl hovořit o jejích pocitech. Zjistil, že žena nemá žádný soukromý život, vše dobrovolně zasvětila práci. Pracovala neustále, protože ve své práci viděla poslání a bála se samoty. Supervizor ji přiměl vzít si čtyřměsíční dovolenou, kde si ujasnila priority. U pomáhající profese zůstala, ovšem omezila své aktivity na rozumnou míru a práci střídala odpočinkem. Rovněž si uvědomila, že není nenahraditelná a delegovala část svých povinností na podřízené kolegy,

čímž si rovněž získala jejich sympatie. **Díky tomu, že vyhledala odbornou pomoc a změnila svůj životní způsob, mohla se opět vrátit k pomáhající profesi, která ji nadále uspokojovala.**

- C. Muž ve středním věku pracoval dvacet pět let v sociální správě. Jeho hlavní náplní byla pomoc rodinám v nouzi. Z počátku měl značné sociální a morální ideály. Byl vnímavý, pilný, snaživý a svědomitý. Věřil, že se díky těmto vlastnostem jednou dopracuje na místo ředitele sociální správy. Tehdejší ředitel mu svěřoval více úkolů a tvrdil, že je jediný, na koho se může spolehnout. Muž to nejprve považoval za čest, doufal v profesní postup. Posléze však zjistil, že spolupracovníci, kteří neměli tolik práce, jako on, kariérně povýšili, zatímco muž stále zůstával na stejné pozici. Začal se cítit nespokojený a vyčerpaný, jako bezvýznamné kolečko ve stroji. **„Proč se mám snažit, když to nikoho nezajímá? Klienti jsou lhostejní a v kanceláři je to každému jedno“** (Maroon 2012: 126). Muž pomýšlel na výpověď, ale díky hrozbě finanční nejistoty se rozhodl na pozici setrvat. Práci se duševně odcizil a investoval do ní pouze nejnutnější námahu. V pracovní době omezil kontakt s kolegy na minimum, stal se formálním a strohým. Po zkušenostech, kdy intenzivně pomáhal rozvráceným rodinám a jeho snaha neměla valný efekt, se domníval, že jeho práce nemá smysl. Činil klienty zodpovědné za vlastní osud. Změnil postoj k sobě samému. Cítil, že se stal chladnokrevným a zahořklým. **„Byrokracie v sociální správě, nekonečná válka s papíry a nedostatek podpory od nadřízených jeho citové vyhoření ještě urychlily“** (tamtéž: 127). Muž si uvědomil nutnost změny svého života. Vzal si neplacené volno a dostudoval obor řízení. **Po návratu nastoupil na vedoucí pozici ve správě a přestal mít kontakt s klienty. Vyhovovala mu nabytá moc a práce se spisy, které se na rozdíl od lidí nevymknou kontrole. Pochopil, že původní ideál o spasení lidí v nouzi nemohl uskutečnit.**

Poslední popsaná kazuistika o muži ve středním věku svědčí o tom, že profesně vyhořel také díky pocitu chybějící prestiže jeho činnosti. Cítil, že jeho usilovná práce není okolím doceněna a je považován za bezvýznamnou součást kolosu sociální péče. Součástí jeho psychického zotavování bylo studium oboru řízení a následný návrat do zaměstnání a

zisk vedoucí pozice. Tím si získal dříve postrádanou potřebu prestižnější pozice. V našem šetření jsme se rovněž zajímali o náhled respondentů na prestiž jejich povolání. Analýza opakovaných odpovědí ukázala na nepříliš lichotivou představu pracovníků v dlouhodobé péči o prestiži této profese. Převážně se cítili společensky přehlíženi a v krajních případech srovnávání se služebními a nevýznamnými pomocníky. Ke stejným závěrům došla Eva Rohanová, která uvádí, že většina pečujících se cítí jako „děvečky pro všechno“ a tím trpí jejich důstojnost (in Holmerová, Jurašková, Zikmundová a kol. 2007: 34). Na druhou stranu jsme ve fokusních skupinách zaznamenali v menší míře názory, že někteří klienti a jejich příbuzní se vůči profesionálním pečujícím chovají velmi zdvořile a vyjadřují vděk za odváděnou péči.

Téma prestiže povolání je v České republice opakovaně sledováno Centrem pro výzkum veřejného mínění (CVVM) v rámci Sociologického ústavu Akademie věd České republiky (Tuček 2013). Respondenti hodnotili vybraných dvacet šest profesí. Té, u níž cítí nejvyšší prestiž (které si nejvíce váží), přidělili devadesát devět bodů a profesi s nejnižší prestiží dali jeden bod. Zbývající profese měli obodovat podle vlastního uvážení. Z tabulky 15 je patrné, že profese zdravotní sestry, která má k našemu výzkumu nejbližší, se drží na třetí pozici. Občané ČR tedy považují toto povolání za vysoce prestižní, přestože naši respondenti měli k prestiži své profese spíše negativní postoj. Možným vysvětlením tohoto rozporu může být skutečnost, že existuje rozdíl mezi atraktivitou jednotlivých medicínských oborů. Sestry na geriatrickém oddělení, které je v rámci medicínských odvětví upozadřováno, mohou být vnímány jinak, než sestry na jednotce intenzivní péče, nebo na transplantačním oddělení. V prvním případě se lze domnívat, že by toto povolání bylo hodnoceno jako méně atraktivní oproti druhému případu, kdy by respondenti sestrám přisoudili vyšší společenskou prestiž. Tuto domněnku potvrzuje výzkum, který v roce 2011 provedla v rámci své bakalářské práce A. Taušová. Zaměřila se na kvalitu pracovního života zdravotních sester na odděleních léčebny dlouhodobě nemocných (LDN) a na jednotce intenzivní péče v Praze- Motole (celkem 70 respondentů). Zjistila, že mezi sestrami na dvou sledovaných odděleních byl velký rozdíl v náhledu na zajímavosti povolání pro společnost. Zatímco žádná sestra z jednotky intenzivní péče neuvedla, že její práce by pro společnost nebyla zajímavá, na stejný dotaz odpovědělo záporně 23 % sester z LDN. (Taušová 2011: 83).

Podíváme-li se na srovnání pořadí pěti nejprestižnějších povolání v letech 2011 a 2013 (tabulka 15), můžeme konstatovat, že zůstávají na stejných pozicích. Jak uvádí Milan

Tuček, „... celkově žebříček prestiže profesí vykazuje jen malou proměnlivost. Protože prestiž profese lze vnímat jako určitý průsečík sociální struktury společnosti s její hodnotovou strukturou, tak toto zjištění znamená, že naše společnost je v tomto ohledu (až na politickou scénu) stabilizovaná“ (Tuček 2013: 4).

Tabulka 15. Prestiž povolání v České republice

Prestiž povolání v ČR			
Povolání	Body průměr (rok 2011)	Body průměr (rok 2013)	Pořadí
Lékař	89.1	91.5	1
Vědec	75.4	76.3	2
Zdravotní sestra	73.9	74.8	3
Učitel na VŠ	72.4	74.6	4
Učitel na ZŠ	70.3	71.1	5

Zdroj: Tuček 2013.

Také zahraniční studie dokladují, že pracovníci v dlouhodobé péči nevnímají své povolání jako společensky atraktivní (Lovell 2006; Stevens 1995). Zájem mladých o tyto profese není valný a věkový průměr zaměstnanců dosahuje relativně vysokých hodnot. Na vině je podle autorů celkový negativní postoj západní civilizace vůči stáří, na rozdíl od východních kultur, které staré lidi považují za vážené. S tím související fenomén ageismu, charakteristický pro soudobé západní civilizace, znamená negativní vnímání a mytizaci stárnutí a starých lidí (Vidovičová 2008). Mladí studenti zdravotnických oborů vnímali nezřídka péči o staré jako nudnou a rutinní, frustrující a neatraktivní (Happell, Brooker 2001). Staré lidi považovali tyto studenti již koncem minulého století za nepřizpůsobivé, pomalé a chabé (Lutsky 1980). Proto viděli práci na geriatrických odděleních jako poslední možnost, kde by v rámci zdravotnictví chtěli působit, jelikož nepřinášejí profesní rozvoj a zakládá se převážně na mechanické práci (Lovell 2006). Edukační zařízení by proto měla

studentům těchto oborů poskytovat vzdělání, které bude potírat výše popsané stereotypy. Zároveň sami pracovníci geriatrických oddělení by měli sami nahlížet na svou profesi pozitivněji. Mohou tím ovlivnit sebe, své pacienty a okolí i potencionální uchazeče o obor, jejichž zvýšený zájem je v současnosti i do budoucna nadmíru žádoucí.

4.2 Výstupy z kvantitativního výzkumu

4.2.1 Shrnutí výsledků dotazníkového šetření

V rané fázi výzkumu jsme si stanovili několik výzkumných otázek a následně je rozpracovali do podoby tří pracovních hypotéz. Ty jsme ověřovali pomocí dat získaných z dotazníků.

4.2.1.1 Komentář k první výzkumné otázce

V rámci první výzkumné otázky jsme zjišťovali, zda existuje vztah mezi nerovnováhou v modelu ERI a osobní pohodou u výběrového vzorku pracovníků v oblasti dlouhodobé péče. Pomocí sestavené pracovní hypotézy jsme verifikovali platnost modelu ERI a jeho propojení s konceptem well-beingu na populaci českých pracovníků v dlouhodobé péči. Ukázalo, že hlavní předpoklady tohoto modelu jsou pro zkoumanou populaci platné. Znamená to, že u těch pracovníků pečujících o seniory, kteří v dlouhodobější perspektivě cítí nerovnováhu mezi vysokými pracovními nároky a nízkými odměnami, se tento nesoulad projevuje ve snížení osobní pohody. Pomocí metody logistické regrese jsme zjistili, že šance horší osobní pohody je u celkového souboru respondentů trpících nerovnováhou mezi úsilím a odměnami zhruba třikrát vyšší (viz tabulka 8, str. 109). Po rozčlenění celého souboru na podskupiny se tato šance ještě zvýšila, a to až více než pětikrát. Jako nejrizikovější podskupina se v tomto ohledu projeví „zdravotničtí“ pracovníci v terénu. V dalších analýzách jsme zjistili, že v této skupině téměř polovina respondentů (46 %) cítila dlouhodobé vyšší pracovní úsilí, které není dostatečně kompenzováno odměnami (viz tabulka 10, str. 113).

Jak uvádí Luker (2006), na sestry v domácí péči není zaměřena výraznější pozornost odborné veřejnosti. Jejich práce je až na výjimky neviditelná, přestože její význam je zvláště v dlouhodobé a paliativní péči značný. Proto jsme ve fázi předvýzkumu od vybraného vzorku účastníků skupinových diskusí zjišťovali nejčastější příčiny jejich

pracovní nepohody. Zdravotní sestry pracující v agenturách domácí péče si často postesklly nad neuspokojivým stavem domluvy mezi nimi a praktickými lékaři. Tvrdily, že někteří lékaři nejsou ochotni dostatečně komunikovat o stavu pacienta, včas nedodávají recepty na léky a sestry je musí opakovaně vyzývat, aby tak učinili. Problémy nastávají v situaci, kdy praktický lékař předepíše pacientovi určitý rozsah poskytování domácí péče a v realitě se ukáže, že je tento rozsah nedostatečný. Sestry jsou pak vystaveny tlaku, kdy mají pacientovi v jeho domácím prostředí poskytnout řádnou ošetrovatelskou péči, avšak její zvládnutí v lékařem stanoveném čase je obtížně zvládnutelné. Navíc, sestrám už nezbyde čas na přiměřenou osobní konverzaci s pacienty, která se, jak jsme již dříve zmínili, ukazuje jako velice užitečná pro obě zúčastněné strany.

K podobným zjištěním dospěla Šindlerová (2011). Provedla výzkum mezi 62 zdravotními sestrami v agenturách domácí péče v Pardubicích a Olomouci. Jedním z výzkumných témat byl vztah sester z domácí péče s praktickými lékaři a nejčastější problémy spojené s jejich spoluprací. Na otázku, zda se sestry setkávají s problémy u lékařů indikujících domácí péči, odpovědělo 77 % dotázaných kladně (z toho 10 % neustále, 23 % často, 44 % občas, 23 % výjimečně). Autorka pokračovala otázkou, s jakými problémy u lékařů se sestry nejčastěji setkávají. Odpovědi byly následující: neochota potvrzovat smlouvy (39 %), dlouhé čekání v ordinacích (28 %), špatná komunikace (26 %) a jiné (7 %) – do této kategorie sestry nejčastěji zařadili těžkosti s domluvou schůzek s lékaři, zvláště když se jedná o více pacientů, kterým sestra u praktického lékaře shání potvrzení smluv. Šindlerová se také zajímala o to, zda praktičtí lékaři vyžadují od sester zpětnou vazbu o zdravotním stavu pacientů. Jako zarážející se ukázal výsledek, kdy 43 % sester odpovědělo, že lékař tuto informaci nevyžaduje, což se dá považovat za nedostatečné projevení zájmu o pacienty a popření jednoho ze základních principů lékařského povolání.

Zdravotní sestry působící v agenturách domácí péče oslovené v našem výzkumu si opakovaně stěžovaly na situaci, kdy nejsou dostatečně informovány o pacientovi (např. demence, zvláštnosti v chování, zvyky). Tyto informace zjistí až po nějaké době a pokud by je měly hned při navázání kontaktu, mohly by k pacientovi přistupovat více podle jeho aktuálních potřeb. V této informovanosti hraje klíčovou roli rodina a blízcí pacienta, stejně jako ošetřující lékař a v neposlední řadě také vedení agentury, které sestru ke konkrétním pacientům přiděluje. Spolupráce všech výše zmíněných je nesmírně důležitá jak v rovině sdělování informací, tak v celém průběhu léčby. Pokud tato kooperace vážne, znamená to

pro sestry značné bariéry, které musí překonávat. Jejich práce pak nespočívá v samotném procesu ošetřování pacientů v jejich domácím prostředí, což by mělo být hlavním principem. Musí kromě toho zápasit s řadou překážek, které mohou vyústit v pocity frustrace a případně změnu zaměstnání. O problémech způsobených nedůkladnou vstupní informovaností o životní situaci a zvláštěnostech pacienta hovoří též Luker. Včasná informovanost ze strany rodiny pacienta a následně od vedení agentury umožňuje sestrám poskytovat optimálnější ošetrovatelskou péči (Luker 2006: 294).

4.2.1.2 Komentář ke druhé výzkumné otázce

Druhá výzkumná otázka zjišťovala, která ze tří dimenzí osobní pohody přispívá nejpodstatněji k vysvětlení nerovnováhy v modelu ERI. Podle existujících zahraničních studií na toto téma jsme definovali pracovní hypotézu, kde jsme v souladu s nimi předpokládali, že nejvyšší vliv na procento vysvětlení modelu ERI bude mít psychická dimenze osobní pohody. Ta je reprezentována rizikem vyhoření pracovníků, pracovní motivací a pracovní spokojeností. Tato hypotéza se v našem šetření potvrdila.²³ U respondentů charakterizovaných dlouhodobým pocitem nesouladu mezi úsilím a odměnami je nejvíce narušována psychická pohoda. Mají celkově nižší motivaci, jsou méně spokojeni a více inklinují k vyhoření. Nejvyšší riziko psychické nepohody za předpokladu dlouhodobé nerovnováhy mezi vysokým pracovním úsilím a neadekvátními odměnami jsme zaznamenali u respondentů ze zdravotnické oblasti. U těch, kteří pracují v terénních službách, je šance horší psychické pohody téměř osminásobná. U těch, kteří pracují v institucích, tedy v léčebnách dlouhodobé péče či na geriatrických odděleních, je šance horší psychické pohody více než čtyřnásobná.

O úskalích spojených s aktuální neblahou úrovní českých LDN jsme se již v disertační práci zmínili v kapitole 1.2.3. Některé státní LDN jsou bohužel vnímány jako

²³ Skutečnost, že psychická dimenze osobní pohody se ukázala jako nejvýznamější, mohla být částečně ovlivněna tím, že jsme jí v rámci dotazníku věnovali nejvíce prostoru. Jak jsme již poznamenali, výsledná veličina well-beingu se skládala z různých otázek zahrnutých do dotazníku a zatímco sociální, respektive fyzickou dimenzi jsme operacionalizovali v souladu se zahraničními poznatky pomocí dvou, respektive jedné otázky, psychickou dimenzi jsme poskládali z otázek na motivaci a spokojenost zaměstnanců a baterie otázek měřících riziko syndromu vyhoření.

relativně levná forma „odkladiště“ seniorů²⁴, kteří se ze zdravotních, finančních, rodinných a dalších důvodů nemohou po hospitalizaci vrátit domů, nebo do jiného typu zařízení dlouhodobé péče. Paradox nedostatku pracovníků, vysokých nároků na jejich práci (ať už ze strany vedení organizace, pacientů či jejich příbuzných) spolu s jejich pocitem nízkého ocenění a vysokým pracovním stresem často může vést ke snížení kvality poskytovaných služeb a k vyššímu stupni napětí a nespokojenosti personálu.

Tématem psychické nepohody a její souvislosti s modelem ERI u ošetrovatelského personálu ve francouzských léčebnách dlouhodobě nemocných se zabývá současná studie kolektivu autorů Péllisier et al. (2015). Do výzkumu autoři zahrnuli rozsáhlý vzorek 2471 žen (z toho 349 zdravotních sester, 1454 zdravotních asistentů a 668 pomocného personálu) pracujících ve 105 zařízeních dlouhodobé péče. Prokázala se souvislost mezi nerovnováhou úsilí a odměn (postihlo 9 % respondentů) a poškozeným mentálním zdravím (postihlo 37 % respondentů). U respondentů s dlouhodobou nerovnováhou vysokého pracovního úsilí a nedostatečných odměn byla téměř čtyřnásobně vyšší šance, že budou trpět psychickými problémy. Autoři konstatovali, že zaměstnanci v zařízeních dlouhodobé péče se cítí nedocenění a navíc jsou často vystaveni napětí pramenícímu z neshody mezi jejich reálnými činnostmi a tím, co by měli dělat. V takovém případě se pracovníci cítí bezmocní a nemohou naplno pomoci pacientům/klientům, jelikož k tomu nemají dostatečný prostor a kompetence a často jim nejsou příznivě nakloněny ani materiální podmínky a lidské zdroje. Aby se tato neblahá situace zlepšila, je potřeba zvýšit podporu zaměstnanců, navýšit jejich počet, adekvátně rozdělit kompetence a týmově spolupracovat. Také by se měly brát v potaz potřeby zaměstnanců včetně vzdělávání a aktivit prospěšných k zmírnění stresové zátěže. Dobrým krokem by rovněž bylo školení zaměstnanců ohledně práce s emocemi a zacházení se starými křehkými lidmi (Péllisier et al 2015). K podobným závěrům dochází též Bégat et al. (2005). Navíc hovoří o prospěšnosti supervize jako účinného nástroje pro profesní, psychickou a fyzickou podporu sester. Supervize rovněž pomáhá sestrám nabýt kontrolu nad svou prací a tím zvyšuje jejich pracovní angažovanost a motivaci.

²⁴ O této problematice pojednává např. článek publikovaný 10. 11. 2011 v Lidových novinách, dostupný z: http://relax.lidovky.cz/ldn-zvane-lidske-odkladiste-co-je-spatne-f0r-/zdravi.aspx?c=A111109_163536_In-zdravi_glu

V našem výzkumu se druhou nejvlivnější dimenzí osobní pohody na model ERI ukázala být oblast fyzická. Jak jsme zmínili v části disertace věnované operacionalizaci dimenzí osobní pohody, fyzickou dimenzi jsme měřili pomocí otázky na subjektivní ohodnocení zdravotního stavu. Tato dimenze vysvětluje model ERI z necelých 10 %. Z analýz dále vyplynulo, že při pocitu dlouhodobé nerovnováhy mezi vyšším pracovním úsilím a nižšími odměnami se celému souboru respondentů zvyšuje šance na horší subjektivně vnímaný zdravotní stav zhruba dvakrát. Jako nejrizikovější skupina se opět ukázali „zdravotničtí“ pracovníci v terénu, u nichž je tato šance více než čtyřnásobná. Také skupina „sociálních“ pracovníků v institucích vykazuje téměř čtyřikrát vyšší riziko horšího subjektivně pociťovaného zdraví za podmínky nerovnováhy úsilí a odměn.

Model ERI byl původně dáván do souvislosti pouze s fyzickým zdravím lidí. Jeho autor sociolog Johannes Siegrist uskutečnil řadu výzkumů, ve kterých se prokázalo, že pokud respondenti cítí v práci dlouhodobou disbalanci mezi vysokým úsilím a nízkými odměnami, projevují se u nich častěji kardiovaskulární nemoci. Až po dvanácti letech od představení modelu se v roce 1998 začal využívat také k jiným účelům, např. behaviorálním, sociologickým a psychologickým. Původní pojetí modelu ERI tedy dokazovalo, že při existenci popsané nerovnováhy se objektivně zhoršuje zdravotní stav respondentů. My jsme se v našem výzkumu zaměřili na subjektivně vnímaný zdravotní stav respondentů, který se dle výsledků rovněž zhoršuje u respondentů vykazujících nerovnováhu ERI. Zdá se, že model ERI je schopen reflektovat zhoršení zdravotního stavu, a to jak objektivního, tak subjektivního. Jak uvádí Johnston et al. (2009), subjektivně vnímaný pocit zdraví lidí může být pociťován jako méně závažný, než jejich objektivní zdravotní stav. Autoři prováděli výzkum pacientů s hypertenzí a posuzovali jejich subjektivní pocity ohledně této choroby s objektivními zdravotními výsledky. Zjistili, že 85 % respondentů, kteří měli objektivně diagnostikovanou hypertenzi, si toho subjektivně nebyli vědomi. Také studie Gupty et al. (2010) dochází k podobným výsledkům. Kromě hypertenze zkoumali subjektivní vnímání a objektivní měření obezity. Dospěli k poznání, že objektivní hypertenzi indikovalo subjektivně o 70 % respondentů méně a objektivní obezitu indikovalo subjektivně o 15 % respondentů méně. Na základě výše popsaných studií se můžeme domnívat, že kdybychom v našem výzkumu použili místo subjektivně

hodnoceného zdravotního stavu některý z objektivních zdravotních indikátorů, mohly by se zjištěné skutečnosti ukázat jako ještě závažnější, než respondenti deklarovali²⁵.

Poslední námi sledovanou dimenzí konceptu osobní pohody byla oblast společenská. Měřili jsme ji pomocí dvou otázek. První se týkala kvality vztahů na pracovišti mezi kolegy, druhá sledovala kvalitu vztahů s přímým nadřízeným. Vztahy na pracovišti tvoří významnou dimenzi subjektivní kvality pracovního života. Jak jsme již uvedli, kvalita života má velmi blízko k osobní pohodě, většinou je pojmána jako její nadřazená kategorie. V reprezentativním výzkumu české populace ve věku 15+, který se týkal subjektivní kvality pracovního života²⁶, označili respondenti dobré pracovní vztahy s nadřízeným a kolegy za jednu z nejpodstatnějších dimenzí (Vinopal 2011: 949). Také rozsáhlý výzkum sociálních pracovníků uskutečněný ve Velké Británii přinesl výsledky, že podpora kolegů a nadřízených je jedním z nejoceňovanějších aspektů jejich práce. Zároveň sociální pracovníci považovali přímý kontakt s klienty za velmi přínosný pro obě strany. Na druhou stranu, za nejpálčivější oblast označili celkové společenské nedocenění, což koresponduje s našimi poznatky (Huxley 2005).

V našem šetření jsme zjistili, že se sociální pohoda v podobě dobrých či špatných vztahů s kolegy a nadřízenými neprokázala jako závislá na nerovnováze modelu ERI, a to jak u celého souboru, tak u jednotlivých podskupin. Ke stejnému výsledku nezávislosti veličin jsme dospěli v situaci, kdy jsme model ERI považovali za závisle proměnnou a vztahy na pracovišti za nezávisle proměnnou. Vztahy na pracovišti tedy neovlivňují (ne)rovnováhu mezi úsilím a odměnami. Lze se domnívat, že pokud bychom zkoumali vliv nerovnováhy mezi nízkými odměnami a vysokým pracovním úsilím na kvalitu vztahů mimo pracoviště, zejména v rodině, mohli bychom předpokládat, že se signifikantní vliv projeví. Také opačná situace by patrně prokázala signifikantní výsledky, jelikož si lidé většinou nosí pracovní napětí domů a zároveň domácí nepohoda ovlivňuje pracovní napětí (Kalliath et al. 2015; Michie 2002).

²⁵ Na otázku, jak respondenti subjektivně hodnotí svůj zdravotní stav během posledních 12 měsíců odpověděli následovně: 14 % velmi dobrý, 43 % dobrý, 34 % průměrný a 8 % špatný.

²⁶ Výzkum provedlo Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu AV ČR v roce 2008. Zúčastnilo se ho 809 respondentů z České republiky ve věku 15+.

4.2.1.3 Komentář ke třetí výzkumné otázce

Ve třetí výzkumné otázce jsme zjišťovali, zda se statisticky signifikantně liší úroveň nerovnováhy v modelu ERI mezi jednotlivými podskupinami pracovníků v dlouhodobé péči. Vyslovili jsme předpoklad, že vzhledem k některým odlišnostem v charakteru práce a kompetencích profesionálních pečujících ze zdravotnické a sociální oblasti a těm pracujícím v institucích dlouhodobé péče oproti práci v terénní péči, se velikost této nerovnováhy bude odlišovat. Popsané předpoklady se u našeho výzkumného souboru potvrdily. Skupina „zdravotnických“ pracovníků měla oproti „sociálním“ pracovníkům statisticky významně vyšší podíl těch, kteří trpí nerovnováhou modelu ERI (vysoké pracovní úsilí, nízké odměny). Stejně tak, skupina všech pracovníků v institucích dlouhodobé péče měla signifikantně vyšší hodnoty nerovnováhy modelu ERI, než skupina pracovníků v terénních službách.

Jedním z důvodů toho, že pečující se zdravotnickým vzděláním se cítí ve vyšší míře nedocení, než ti ze sociální oblasti, může být různá míra jejich odpovědnosti. Ačkoli ve srovnání s lékaři má střední a nižší zdravotnický personál méně kompetencí i odpovědnosti za zdraví pacientů, ve srovnání s pečovateli bez zdravotnické kvalifikace je tato odpovědnost naopak vyšší. „Sociální“ pracovníci mají za úkol zejména pomáhající a duševní práci s klienty, nejsou však kompetentní k jakýmkoli ošetřovatelským úkonům. Naproti tomu zdravotní sestry a asistenti poskytují seniorům zdravotnické a ošetřovatelské služby, při jejichž chybném provedení či zanedbání mohou přímo přispět ke zhoršení zdravotního stavu pacientů.

Dalším zdůvodněním může být skutečnost, že geriatric je v rámci medicíny považována za okrajový obor a pracovníci ze zdravotnictví působící v tomto oboru se cítí nedocení. Co se týče pracovníků v dlouhodobé péči, kteří jsou ze sociální oblasti, pocit nedocení u nich vychází spíše z jiných, než profesně konkurenčních důvodů. Další oblasti dlouhodobé péče, kde mohou působit (např. dětské domovy, krizová centra, práce s postiženými, práce se závislými apod.) totiž nejsou oproti práci se seniory výrazněji společensky zvýhodňovány.

Práce v institucích dlouhodobé péče se ukázala jako méně příznivá oproti práci v terénních službách. V našich skupinových diskusích se zaměstnanci z obou typů těchto služeb jsme zaznamenali několik případů, kdy profesionální pečující pracoval původně v některé z institucí a následně přešel do terénních služeb. Tuto změnu viděli dotyční jako

vítanou a oceňovali zejména vyšší míru volnosti v některých svých činnostech a také větší uvolněnost klientů/pacientů v domácím prostředí. V žádném z případů jsme se nedozvěděli, že by respondent pracoval nejprve v terénních službách a posléze přešel do instituce. Ačkoli byl okruh našich respondentů malý a nereprezentativní, můžeme výše uvedené skutečnosti považovat za jedno z možných vysvětlení našich výsledků.

V souvislosti se třetí výzkumnou otázkou jsme dále zjistili, že pocit dlouhodobé nerovnováhy ve smyslu vyššího pracovního úsilí a nižších odměn u zkoumaného souboru pracovníků převládá (57 %). U tří definovaných podskupin tato nerovnováha dokonce převyšuje hranici 60 %. Nejvíce zatíženou skupinou jsou dle našich zjištění „zdravotníci“ pracovníci v institucích dlouhodobé péče (68 %). Tato skutečnost se dá vysvětlit nepříznivou situací českých LDN, jak jsme již poznamenali v části disertace u diskuse druhé výzkumné otázky. Další rizikovou skupinou jsou všichni respondenti pracující v institucích (62 %). Třetí skupinou na hranici 60 % nerovnováhy ERI jsou všichni „zdravotníci“ pracovníci, kteří pracují nejen v institucích, ale i v terénu.²⁷ Tyto poznatky dokládají známé skutečnosti, o kterých se v disertační práci opakovaně zmiňujeme. Totiž že současný stav kvality pracovního života profesionálů v dlouhodobé péči neodpovídá obtížnosti a společenské důležitosti jejich práce.

4.2.2 Srovnání průměrných koeficientů v modelu ERI dle našich zjištění se zahraničními výzkumy

Autor modelu ERI Johannes Siegrist uveřejnil se svými kolegy v roce 2014 přehled výsledků vybraných epidemiologických zahraničních studií, u nichž byl zpětně dopočítán adjustovaný průměr koeficientu ERI. Mohlo tak dojít ke vzájemnému srovnání výzkumů pracovní (ne)rovnováhy u zaměstnanců z různých zemí působících v rozličných profesích.

V pravém sloupci tabulky 16 můžeme sledovat výsledky adjustovaných průměrů veličiny ERI srovnané od nejvyššího (tedy nejvyšší nerovnováhy) po nejnižší. Relativně nejvyšší nepoměr mezi vysokými pracovními nároky a neadekvátními odměnami vyšel v řeckém výzkumu zdravotníků publikovaném v roce 2012. Výsledky našeho výzkumu ukazují hned druhý nejvyšší průměr neblahé nerovnováhy modelu ERI. Obdobný výstup vyšel americkým badatelům při zjišťování pracovní situace zaměstnanců hotelových

²⁷ Všechny výše popsané údaje jsou zaznamenány v tabulce 10.

úklidových služeb v Las Vegas v roce 2010. Naopak, relativně nejlepších výsledků dosahovali zdravotníci v Mongolsku (2011), zaměstnanci v petrochemickém průmyslu v Jižní Korei (2007) a zdravotní sestry v Holandsku (2011). Jelikož byly výzkumy prováděny v odlišných sociokulturních prostředích a u různě velkých vzorků respondentů, je potřeba považovat výsledky pouze za indikativní. Z přehledu zaměstnání, u kterých byl model ERI měřen, je patrné, že převaha studií byla prováděna ve zdravotně sociálním prostředí. Z toho lze vysoudit, že ačkoli je model ERI využitelný univerzálně, vědci se ve výzkumech více zaměřují na profese, kde je předpokládána vyšší míra stresového zatížení díky přímému kontaktu s nemocnými či oslabenými lidmi.

Tabulka 16. Srovnání průměrů koeficientu ERI v zahraničních studiích.

Pořadí	Země, rok vydání	N (Muži, Ženy)	Zaměstnání	Průměr adjust ERI (SD)
1	Řecko 2012	456 (M+Ž)	zdravotníci	1,63 (1,13)
2	Česká republika 2014	265 (M+Ž)	pečující profese	1,34 (1,15)
3	USA 2010	823 (M+Ž)	úklid	1,32 (5,29)
4	Čína 2012	1916 (M+Ž)	vzorek komunity	0,96 (0,49)
5	Německo 2007	949 (M+Ž)	učitelé	0,79 (0,42)
6	Polsko 2011	1281 (Ž)	zdravotní sestry	0,71 (0,38)
7	Německo 2011	1054 (Ž)	zdravotní sestry	0,64 (0,28)
8	Itálie 2011	1652 (Ž)	zdravotní sestry	0,58 (0,36)
9	Čína 2005	800 (M+Ž)	zdravotníci	0,57 (0,29)
10	Slovensko 2011	536 (Ž)	zdravotní sestry	0,56 (0,31)
11	Francie 2011	773 (Ž)	zdravotní sestry	0,55 (0,24)
12	Belgie 2011	527 (Ž)	zdravotní sestry	0,52 (0,24)
13	Norsko 2008	1803 (M+Ž)	úředníci	0,43 (0,26)
14	Německo 2013	1342 (M+Ž)	vzorek populace	0,42 (0,24)
15	Irán 2013	227 (M)	syntetický průmysl	0,39 (0,56)
16	Mongolsko 2011	362 (M+Ž)	lékaři a zdrav. sestry	0,36 (0,20)
17	Jižní Korea 2007	908 (M)	petrochemický průmysl	0,34 (0,21)
18	Holandsko 2011	646 (Ž)	zdravotní sestry	0,29 (0,15)

Zdroj: Siegrist, Montano 2014. Vlastní výpočty.

4.2.3 Komentář k dalším analýzám: rodinný stav

Jak jsme uvedli v analytické části, v souvislosti s rodinným stavem existují statisticky významné rozdíly subjektivního vnímání vlastního zdraví mezi svobodnými, lidmi v manželství či dlouhodobém vztahu a mezi rozvedenými. Mezi svobodnými se převážně nachází lidé mladšího věku (v našem vzorku jsou dvě třetiny svobodných ve věku do 35 let), kteří se spíše cítí zdravotně dobře, než lidé starší. Zajímavý je ovšem desetiprocentní rozdíl mezi lidmi v manželství či dlouhodobém vztahu a mezi rozvedenými. Naše výsledky korespondují se zahraničními studiemi, v nichž se tvrdí, že lidé v partnerství se obecně cítí lépe, než lidé žijící sami, rovněž žijí déle a mají lepší zdravotní stav. Jak uvádí v přehledovém článku Dana Hamplová, na základě stovek empirických studií se potvrzuje, že *...ženatí muži a vdané ženy mají nižší úmrtnost, jsou šťastnější a spokojenější se životem, trpí méně depresemi a psychickými problémy a jsou méně často závislí na chemických substancích, jsou zdravější, méně často trpí fyzickými symptomy, které je omezují v každodenním životě, a v případě těžké nemoci mají vyšší pravděpodobnost přežití* (Hamplová 2012: 738). Svou roli přitom hraje jak princip tzv. kauzality (lidé v manželství mají vyšší vzájemnou podporu, vzájemně pečují o své zdraví apod.), tak princip tzv. selekce (do manželství primárně vstupují lidé s určitými předpoklady, u nichž je pak vyšší pravděpodobnost, že jim soužití bude „klapat“).

4.3 Limity výzkumu

Naše studie obsahuje několik metodologických limitů, na které upozorníme v této podkapitole. Jedním z omezení výzkumného souboru je jeho nereprezentativnost. Proto nelze uvedené výsledky generalizovat na celou populaci pracovníků dlouhodobé péče v České republice. I přes toto omezení ovšem můžeme výstupy považovat za příspěvek k osvětlení problematiky pracovní situace pracovníků v dlouhodobé péči v ČR a k potvrzení některých známých skutečností. Cílem šetření byla validizace modelu Effort Reward Imbalance v kombinaci s konceptem osobní pohody v českém prostředí dlouhodobé péče o seniory. Jak poukazují zahraniční studie, také v řadě z nich nebyly výzkumné vzorky respondentů sestaveny reprezentativně - proto je obtížné provádění mezinárodních srovnání. Do souboru byli nečíslně zahrnuti pouze muži, případně se šetření týkalo jen osob působících v určitých profesích (Bathman et al. 2013; Shimazu, de Jonge 2009).

Rovněž je třeba poukázat na nestandardně dlouhou dobu sběru kvantitativních dat v průběhu roku 2014. Poměrně dlouhé časové rozpětí sběru dat bylo dáno potřebou sesbírat dostatečný počet vyplněných dotazníků pro následné statistické analýzy. Stanovili jsme podmínku, že v každé ze čtyř úžeji definovaných podskupin („zdravotničtí“ pracovníci v institucích, „zdravotničtí“ pracovníci v terénu, „sociální“ pracovníci v institucích, „sociální“ pracovníci v terénu) budeme mít alespoň padesát respondentů. Většina zařízení dlouhodobé péče zahrnutých ve výzkumu má poměrně malý počet zaměstnanců (10-20), kteří navíc pracují na směny, a proto nebylo možné všechny zastihnout najednou se žádostí o vyplnění dotazníku. Sběr dat rovněž komplikovaly zdlouhavé domluvy s vedením některých organizací ohledně vhodného období sběru dat (vzhledem k časové vytíženosti zaměstnanců a také vzhledem k práci ve směnném provozu). Sběr byl ve většině zařízení konán ve dvou vlnách tak, abychom získali odpovědi většího množství zaměstnanců, kteří se během první vlny z různých důvodů nemohli zúčastnit. Delší doba terénní fáze výzkumu nakonec přinesla pozitivum v podobě dostatečně velkého vzorku respondentů pro provedení podrobnějších statistických analýz.

Ve výzkumech využívajících proměnné založené na sebehodnocení je nutné upozornit na skutečnost, že vlastní hodnocení respondentů může být ovlivněno jejich osobnostmi, náladami, aktuální osobní a pracovní situací a dalšími faktory, které výzkumník není s to ošetřit. Pro potlačení rizik spojených se subjektivitou se někdy využívá test na negativní afektivitu a respondenti s vysokým skóre jsou z výzkumu vyřazeni (Preckel et al. 2007; Siegrist et al. 2004; van Vegchel et al. 2001). V našem výzkumu jsme tento test neprováděli. Opakovaně jsme však zdůraznili, že proměnné v dotazníku, které mají sebehodnotící povahu, nehovoří o reálné situaci, ale o subjektivním pocitu respondentů. Model ERI byl cíleně vyvinut na posouzení subjektivních pocitů respondentů a opakovaně byl validizován (viz kapitola o modelu ERI), jako účinný nástroj identifikující objektivní následky dlouhodobé subjektivně vnímané nerovnováhy mezi úsilím a odměnami v práci (např. v podobě objektivně zhoršeného fyzického i psychického zdravotního stavu).

Pro měření veličin obsažených v modelu ERI jsme využili oficiální překlad dotazníku do českého jazyka, který provedl Hynek Pikhart. Otázky pro veličinu úsilí a pro veličinu odměn jsme v rámci srovnatelnosti se zahraničními studiemi ponechali v původním znění oficiálního českého překladu, ačkoli se nám některé slovní formulace nezdály zcela vhodné. Jediný odklon od oficiálního překladu jsme provedli v případě veličiny nadměrná angažovanost, kdy jsme původní odpovědní stupnici (zahrnující

možnosti velmi nesouhlasím – nesouhlasím – souhlasím – velmi souhlasím) nahradili jinou stupnicí (zahrnující výroky vůbec se mě netýká – téměř se mě netýká – trochu se mě týká – týká se mě velmi). Tato stupnice podle nás lépe odpovídala předloženému výroku. Nakonec jsme však veličinu nadměrná angažovanost v rámci modelu ERI neposuzovali, jelikož její vliv na model nebyl doposud spolehlivě prokázán.

V případě druhého teoreticko metodologického konceptu využitého v kvantitativní části výzkumu, osobní pohody, jsme poukazovali na její nejednoznačné vymezení. V literatuře lze najít mnoho různých operacionalizací. Proto jsme se rozhodli zvolit jakousi střední cestu, kdy jsme se v hlavních bodech drželi nejčastěji využívaného rozdělení na dimenzi fyzickou, psychickou a sociální. V rámci těchto dimenzí jsme pak vyčlenili některé z indikátorů, které se ve výzkumech osobní pohody vyskytují. Výsledný konstrukt jsme pak vytvořili kombinací zvolených indikátorů. Nechali jsme se přitom inspirovat zahraničními studii, nicméně náš postup není striktní kopií žádné z nich, což považujeme vzhledem k obsahové šíři pojmu spíše za výhodu. Můžeme tak k tématu měření well-being přispět další možnou cestou, jak tuto veličinu v budoucnu měřit. V tom případě však bude potřeba námi zvolený postup opakovaně verifikovat a testovat jeho validitu a reliabilitu.

V rámci operacionalizace veličiny osobní pohoda a také v případě veličin modelu ERI jsme po vzoru zahraničních studií arbitrárně volili tzv. cut off points pro určení hranice toho, kteří respondenti mají dobrou či špatnou úroveň dané proměnné. V literatuře se tyto hranice určují různě a může se stát, že díky této rozličnosti jsou některé subjekty s hraničními výsledky odlišně klasifikovány. Autoři na toto omezení upozorňují a zároveň tvrdí, že případné chybné klasifikace nenarušují v podstatné míře celkové analýzy (např. Preckel et al. 2007; van Vegchel et al. 2001; de Jonge et al. 2000).

Jelikož měla naše studie průřezový charakter, musíme si být vědomi omezení s tímto přístupem spojených. Jedná se zejména o problém obrácené kauzality, kdy nemáme možnost rozlišit příčinu a následek a jsme odkázáni spoléhat na srovnání s dalšími průřezovými studii, které se potýkaly s obdobnými potížemi a považovaly jednu veličinu za příčinu, druhou za následek. Jak jsme zmínili u popisu modelu ERI, může se jednat o případ, kdy při zkoumání vlivu nerovnováhy ERI na depresi se může stát, že osoba s depresivními příznaky přijme horší práci, než osoba bez deprese. Podle autorů testujících model ERI se však reverzní kauzalita vyskytuje zřídka a není nutné kvůli tomu

popírat platnost modelu (Siegrist et al. 2006; Pikhard et al. 2004; Bakker et al. 2000; de Jonge et al. 2000; Peter, Siegrist 1997).

Nakonec bychom rádi poukázali na tematické zaměření výzkumu, který jsme provedli na vzorku českých profesionálů v dlouhodobé péči. Je totiž prvním českým příspěvkem svého druhu. Z toho důvodu můžeme za jeho limit považovat nemožnost srovnání s dalšími tuzemskými výzkumy. Věříme, že se v budoucnu tato šance vyskytne. Popsaný nedostatek má však zároveň výhodu v otevření nové cesty, jakou je možno vědecky podpořit prozatím nedostatečně probádanou oblast, která má vysokou společenskou důležitost a s ohledem na současnou demografickou situaci je velmi žádoucí věnovat jí vyšší pozornost.

Přes výše zmíněné limity lze konstatovat, že získané údaje dokreslují známé skutečnosti o nepříznivé pracovní situaci pracovníků v dlouhodobé péči v současném českém prostředí. Naše zjištění korespondují s množstvím zahraničních studií, které rovněž hovoří o nedostatečné kvalitě pracovních podmínek osob pečujících o seniory (Colombo, Mercier, 2011; Siegrist, Rödel 2005; Van Vegchel et al. 2005, 2001).

ZÁVĚR

V disertační práci jsme se zabývali pracovní situací českých profesionálních pracovníků v dlouhodobé péči. Nejprve jsme vymezili a charakterizovali základní pojmy, tj. podporu zdraví a dlouhodobou péči a zmínili jsme jejich sociologické souvislosti. Následoval teoretický popis dvou psychosociálních konceptů využitých v kvantitativní fázi výzkumu; modelu Effort Reward Imbalance a konceptu well-being. V metodologické části jsme vytyčili hlavní výzkumné cíle, otázky a hypotézy. Pojednali jsme o výzkumném designu, fázích šetření a etických zásadách. V analytické části jsme popsali hlavní výsledky obou fází výzkumu. Ty jsme následně shrnuli, okomentovali a konfrontovali se zahraničními poznatky.

V úvodu práce jsme zmínili několik rovin cílů, které jsme v disertační práci chtěli naplnit. Obecný cíl, kterým bylo přispět k diskusi o rizicích současného stavu v oblasti dlouhodobé péče v České republice prostřednictvím výzkumu, jsme splnili. Za tímto účelem jsme publikovali několik článků, které popisovaly dílčí úseky disertace. Konkrétnějšího cíle, kterým bylo ověření platnosti modelu Effort Reward Imbalance a konceptu well-beingu na našem výzkumném souboru, jsme dosáhli díky provedenému výzkumu a přispěli tak k poznání v doposud neprobádané oblasti. Specifický cíl výzkumu, kterým bylo poskytnutí dílčích výsledků výzkumu vedoucím pracovníkům a respondentům ve spolupracujících zařízeních dlouhodobé péče, jsme rovněž naplnili. V každém zúčastněném zařízení dlouhodobé péče jsme předali vedení souhrn dílčích výsledků z obou fází výzkumu doplněných komentáři a žádali o poskytnutí výsledků zaměstnancům. V případě zájmu vedoucích pracovníků jsme provedli důkladnější analýzy. Na základě zpětné vazby od vedoucích jsme zjistili, že některé výsledky je přiměly k zamyšlení nad situací podpory zdraví zaměstnanců a tomu, jak mohou v rámci svých pravomocí k podpoře zdraví na pracovišti kontinuálně přispívat.

Během první výzkumné fáze, kterou byla kvalitativní reflexe stávajících pracovních podmínek a úrovně podpory zdraví u profesionálních pracovníků v dlouhodobé péči, jsme zjišťovali pohled pracovníků na toto téma. První výzkumná fáze proběhla formou pěti ohniskových skupin a zúčastnilo se jí celkem 29 pracovníků přímé péče o seniory ze zdravotní i sociální oblasti. V souladu s výsledky zahraničních studií se ukázaly rozpory mezi očekáváním zaměstnanců a reálnými možnostmi poskytovatelů zdravotnických a

sociálních služeb v dlouhodobé péči. Pracovníci působící v dlouhodobé péči o seniory musí zvládat psychicky a fyzicky náročnou práci. Kromě toho jsou denně v kontaktu se stářím, nemocemi, lidským utrpením, bezmocí. Všechny popsané stresové situace jsou navíc doprovázeny pocitem nedocenění. Navzdory těmto těžkostem si mnozí profesionální pečující uvědomují, že jejich práce je smysluplná a potřebná a setrvávají v ní i po předchozích zkušenostech z jiných zaměstnání. Často je pro ně velkou satisfakcí pozitivní reakce od klientů či pacientů, jejich příbuzných, nadřízených i kolegů. Výsledky našeho předvýzkumu u pracovníků v dlouhodobé péči poukázaly na podstatný význam nejen zdravotních rizik, ale také psychosociálních faktorů jako je motivace, oceňování pracovního výkonu a týmová spolupráce.

Ve druhé, kvantitativní části výzkumu jsme následně validizovali model Effort Reward Imbalance v kombinaci s konceptem well-being. Fáze proběhla ve dvanácti zařízeních dlouhodobé péče různého typu v Praze a blízkém okolí. Dotazníky vyplnilo 265 respondentů. Ukázalo se, že u většiny profesionálních pečujících ze zdravotní i sociální oblasti dochází k pocitu dlouhodobé nevyváženosti mezi vyšším pracovním úsilím, které není adekvátně kompenzováno odměnami (materiálního i nemateriálního charakteru). Nerovnováha se promítá ve sníženém pocitu osobní pohody, zejména její psychické a fyzické dimenzi. Tito pracovníci trpí vyšším rizikem vzniku vyhoření, jsou méně motivovaní a spokojení a cítí se zdravotně hůře.

Vzhledem k tomu, že model ERI reflektuje narůstající množství pracovního stresu v soudobých společnostech a snaží se hledat preventivní opatření, jeho využití ve výzkumech bude stále smysluplné a potřebné. Další výzkum modelu ERI by měl rozšiřovat možnosti jeho užití v různých profesích a kombinovat jej s dalšími konstrukty zaměřujícími se na podobnou oblast. Nabízí se rovněž možnost srovnávacích socio-epidemiologických šetření. Podrobnější zkoumání prozatím nejednoznačné role proměnné nadměrná angažovanost v modelu také otevírá prostor pro další bádání.

Prostředí dlouhodobé péče skýtá veliký a prozatím nedostatečně využitý potenciál pro další výzkum. Kromě profesionálů pečujících o seniory se do procesu péče zapojují další aktéři, na které je vhodné rovněž zaměřit pozornost. Kromě samotných příjemců se jedná o skupiny dobrovolníků, kteří pomáhají s péčí ve svém volném čase a bez nároku na finanční příjem. Také rodinní příslušníci, jejichž úloha je v péči nezastupitelná a ve většině zemí převažující, by si zasloužili větší pozornost ze strany odborné i laické veřejnosti.

V neposlední řadě by měl aplikovaný výzkum v dlouhodobé péči upozorňovat management jednotlivých organizací na výhody vzájemné spolupráce a využívání výsledků výzkumu jako jednoho ze zdrojů kontinuálního zlepšování pracovních podmínek pečujících profesionálů. Součástí výzkumu představeného v této disertační práci byla snaha o aktivní spolupráci s vedením sledovaných organizací, která se ukázala jako přínosná pro všechny zúčastněné strany.

V rámci strategického rozvoje služeb v dlouhodobé péči představuje monitorování úrovně pracovních podmínek, podpory zdraví a supervize práce jednu z prozatím podceňovaných oblastí. Prevence a podpora zdraví jak stárnoucí populace, tak formálních i neformálních pečujících, představuje významné téma politiky dlouhodobé péče. Ačkoli se státy OECD a EU snaží zefektivnit fungování dlouhodobé péče, existují značné rozdíly ve strategiích jednotlivých vlád, jak zajistit kvalitní a dostupnou péči pro stárnoucí obyvatele. Česká republika prozatím postrádá jasný a jednotný plán péče o seniory včetně zajištění adekvátních podmínek pro pečující profesionály i rodinné příslušníky, kteří zastávají úlohu neformálních pečujících (Janečková, Malina 2008). Do budoucna je nutné vytvořit racionální národní strategii odpovídající našim podmínkám i pozitivním zahraničním zkušenostem.

Při celonárodních debatách o dopadech stárnutí na českou populaci by měl být kladen vyšší důraz na potřeby stávajících pečujících osob. Tito lidé jsou kromě rodinných příslušníků a přátel nejdůležitějšími činiteli v péči o křehké seniory. Také by se měla zvyšovat atraktivita organizací zejména komunitního a terénního charakteru poskytujících dlouhodobou péči jakožto míst pro pracovní uplatnění. Pečující profese je třeba vnímat jako užitečné a naplňující, nikoli jako nezbytnou nutnost v období demografické krize. K tomu by velmi přispělo zlepšování pracovních podmínek a vyšší celospolečenský respekt vůči práci profesionálních pečujících. Jejich činnost může nám všem významně napomoci k důstojnějšímu prožívání stáří.

LITERATURA

- 24-Stunden-Betreuung zu Hause: Neues und Wissenswertes. (2013). In: [Hrsg.: Bundesministerium für Arbeit. *Besuchsbegleitung Grundsätze des BMASK für die Gewährung einer Förderung der Besuchsbegleitung im Sinne des § 111 AußStrG für das Jahr 2013*. (8. Aufl.) Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Sektion V, Abt. 3. Dostupné z: <http://www.care-ring.or.at/wp-content/uploads/2010/12/24-Stunden-Folder-kompl.pdf>. Citováno 24.6.2015.
- Anell, A., Glenngård, A., & Merkur, S. (2012). *Sweden: Health system review*. Denmark: Health Systems in Transition. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/164096/e96455.pdf
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, vol. 11(issue 1), pp. 11-18. DOI: 10.1093/heapro/11.1.11.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. (1st ed., xx, 218 p.) San Francisco: Jossey-Bass. Dostupné z: https://books.google.cz/books?id=rcnJB7Wkr9YC&pg=PA127&lpg=PA127&dq=unraveling+the+mystery+of+health&source=bl&ots=D_INnQJygO&sig=T9smCT1pcRM EuW3FBBXLSQy0opI&hl=cs&sa=X&ved=0CFkQ6AEwB2oVChMIm42ihsb0yAIVy48sCh0KeQvu#v=onepage&q=unraveling%20the%20mystery%20of%20health&f=false
- Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. (2015). *Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR*. (první vydání). Tábor. Dostupné z: [http://www.apsscr.cz/files/files/Doporu%C4%8Den%C3%BD%20standard_FINAL\(1\).pdf](http://www.apsscr.cz/files/files/Doporu%C4%8Den%C3%BD%20standard_FINAL(1).pdf)
- Austen, S., Ong, R. (2013). The effects of ill health and informal care roles on the employment retention of mid-life women: Does the workplace matter?. *Journal of Industrial Relation*, 55 (5): 663-680. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1177/0022185613494648>
- Bakker, A., Killmer, C., Siegrist, J., & Schaufeli, W. (2000). Effort-reward imbalance and burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), pp. 884-891.
- Bartošíková, I. (2006). *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. (Vyd. 1., 86 s.) Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
- Bathman, L., Almond, J., Hazi, A., & Wright, B. (2013). Effort–reward imbalance at work and pre-clinical biological indices of ill-health: The case for salivary immunoglobulin A. *Brain, Behavior, and Immunity*, pp. -. DOI: 10.1016/j.bbi.2013.05.010.
- Bauman, Z. (2002). *Tekutá modernost*. (1. vyd., 343 s., Překlad S Blumfeld). Praha: Mladá fronta.
- Beck, U. (2011). *Riziková společnost: na cestě k jiné moderně*. (2. vyd., 431 s., Překlad Otakar Vochoč). Praha: Sociologické nakladatelství.
- Begat, I., Ellefsen, B., & Severinsson, E. (2005). Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being - a Norwegian study. *Journal of Nursing Management*, vol. 13(issue 3), pp. 221-230. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2004.00527.x.

- Bílá kniha v sociálních službách. (2003) Konzultační dokument. MPSV, Praha. Dostupné z: http://www.apsscr.cz/files/bila_kniha.pdf
- Bohle, P., Quinlan, M., McNamara, M., Pitts, C., & Willaby, H. (2015). Health and well-being of older workers: comparing their associations with effort–reward imbalance and Pressure, Disorganisation and Regulatory Failure. *Work*, vol. 29(issue 2), pp. 114-127. DOI: 10.1080/02678373.2014.1003995.
- Brännström, K., Båsjö, S., Larsson, J., Lood, S., Lundå, S., Notsten, M., & Taheri, S. (2013). Psychosocial work environment among Swedish audiologists. *International Journal of Audiology*, vol. 52(issue 3), pp. 151-161. DOI: 10.3109/14992027.2012.743045.
- Brunetto, Y., Xerri, M., Shriberg, A., Farr-Wharton, R., Shacklock, K., Newman, S., & Dienger, J. (2013). The impact of workplace relationships on engagement, well-being, commitment and turnover for nurses in Australia and the USA. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 69(issue 12), pp. 2786-2799. DOI: 10.1111/jan.12165.
- Buljac-Samardzic, M. (2012). *Healthy Teams - Analyzing and Improving Team Performance in Long-Term Care*. S.l.: [The Author]. Dostupné z: <http://repub.eur.nl/pub/31784>
- Burke, R., Koyuncu, M., Fiksenbaum, L. (2010). Burnout, work satisfactions and psychological well-being among nurses in Turkish hospitals. *Europe's Journal of Psychology*(1), pp. 63-81. Dostupné z: <http://ejop.psychopen.eu/article/view/172>
- Colombo, F., Mercier, J. (2011). Help wanted!: Balancing fair protection and financial sustainability in long-term care. *Eurohealth*, 17 (2-3). Dostupné z: http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/publications/eurohealth/eurohealth_volume_17_no2-3_individual_articles.aspx
- Córdoba, L., Tamayo, J., Gonzáles, M., Martínez, M., Rosales, A., Barbato, S. (2011). Adaptation and validation of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey in Cali, Colombia. *Colombia Médica*, 42(3), pp. 286-293. Dostupné z: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/874>
- Cummings, S., & Kropf, N. (2015). Predictors of Depression Among Caregivers of Older Adults With Severe Mental Illness. *Journal of Gerontological Social Work*, vol. 58(issue 3), pp. 253-271. DOI: 10.1080/01634372.2014.978927.
- Čevela, R., Kalvach, Z., Čeledová, L. (2012). *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. (1. vyd., 263 s.) Praha: Grada.
- Day, T. (2014). Guide to Long Term Care Planning: About Caregiving. In: *National Care Planning Council*. Dostupné z: <http://www.longtermcarelink.net/eldercare/caregiving.htm>
- De Jonge, J., Bosma, H., Peter, R., & Siegrist, J. (2000). Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: a large-scale cross-sectional study. *Social Science & Medicine*(50), pp. 1317-1327.
- Dictionary.com (2015). Dostupné z: <http://dictionary.reference.com/browse/well-being>. Citováno 12.6.2015.
- Disman, M. (2000). *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. (3.vyd., 374 s.) Praha: Karolinum.

- Dlouhodobá péče v Evropské unii. (2008). In: *Úřad pro úřední tisky Evropských společenství*. Lucemburk. DOI: 10.2767/32016. Dostupné z: <http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&ved=0CEcQFjAFahUKEwi3mo2Z34>. Citováno 1.12.2015.
- Dodge, R., Daly, A., Huyton, J., & Sanders, L. (2012). The challenge of defining wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, vol. 2(issue 3), pp. 222-235. DOI: 10.5502/ijw.v2i3.4. Dostupné z: http://www.internationaljournalofwellbeing.org/index.php/ijow/article/viewFile/89/238?origin=publication_detail. Citováno 15. 6. 2015.
- Doporučený standard APSS ČR (2015). Dostupné z: [http://www.apsscr.cz/files/files/Doporu%C4%8Den%C3%BD%20standard_FINAL\(1\).pdf](http://www.apsscr.cz/files/files/Doporu%C4%8Den%C3%BD%20standard_FINAL(1).pdf) Citováno 21. 10. 2015.
- Drozdová, R., & Kebza, V. (2011). Well-being and its selected psychosocial and behavioural variables in a sample of nurses. *Československá psychologie*, LV(4).
- Dudová, R. (2015). *Postarat se ve stáří: Rodina a zajištění péče o seniory*. (první vydání). Praha: SLON.
- Dunbar, R., Baron, R., Frangou, A., Pearce, E., Van Leeuwen, E., Stow, J., Partridge, G., MacDonald, I., Barra, V., & Van Vugt, M. (2012). Social laughter is correlated with an elevated pain threshold. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*, vol. 279(issue 1731), pp. 1161-1167. DOI: 10.1098/rspb.2011.1373.
- Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. (1. vyd., 112 s.) Praha: Grada.
- Edvardsson, D., Winblad, B., & Sandman, P. (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *Lancet Neurol*, 7(4), 362–367. DOI: 10.1016/S1474-4422(08)70063-2.
- Engström, M., Skytt, B., & Nilsson, A. (2011). Working life and stress symptoms among caregivers in elderly care with formal and no formal competence. *Journal of Nursing Management*, vol. 19(issue 6), pp. 732-741. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2011.01270.x.
- Feldt, T., Huhtala, M., Kinnunen, U., Hyvönen, K., Mäkikangas, A., & Sonnentag, S. (2013). Long-term patterns of effort-reward imbalance and over-commitment: Investigating occupational well-being and recovery experiences as outcomes. *Work & Stress*, vol. 27(issue 1), pp. 64-87. DOI: 10.1080/02678373.2013.765670.
- Forsyth, P. (2009) *Jak motivovat svůj tým*. Grada, Praha.
- Gao, Y., Pan, B., Sun, W., Wu, H., Wang, J., & Wang, L. (2012). Anxiety symptoms among Chinese nurses and the associated factors: a cross sectional study. *BMC Psychiatry*, vol. 12(issue 1), pp. 141-. DOI: 10.1186/1471-244X-12-141.
- Gladkij, I. (2003). *Management ve zdravotnictví*. (1. vyd., xii, 380 s.) Brno: Computer Press.
- Glenn, E.(2000). Creating a Caring Society. *Contemporary Sociology*, 9 (1). Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.2307/2654934>
- Graham, H. (1983). Caring: A Labour of Love. pp. 13-30. In Janet Finch, Dulcine Groves (eds.), *A Labour of Love: Women, Work and Caring*, London: Routledge and Kegan Paul.

- Greengross, G. (2013). Humor and Aging - A Mini-Review. *Gerontology*, vol. 59(issue 5), pp. 448-453. DOI: 10.1159/000351005.
- Gross, R., Brammli-Greenberg, S., & Bentur, N. (2003). Women Caring for Disabled Parents and Other Relatives. *Social Work in Health Care*, vol. 37(issue 4), pp. 19-37. DOI: 10.1300/J010v37n04_02.
- Gupta, S., Adam, E., & McDade, T. (2010). Objective versus Subjective Measures of Health: Systematic differences, determinants and biases. In: *Indiana University-Purdue University Indianapolis*. Dostupné z: <http://liberalarts.iupui.edu/cher/uploads/docs/guptapaper.pdf>
- Hamplová, D. (2012). Zdraví a rodinný stav: dvě strany jedné mince. *Sociologický časopis*, 48(4), 737–755. Dostupné z: <http://search.proquest.com.ezproxy.is.cuni.cz/docview/1324973358?accountid=15618>
- Happel, B., & Brooker, J. (2001). Who will look after my grandmother?: Attitudes of student nurses toward the care of older adults. *Journal of gerontological nursing*, 27(12), pp. 12-17. Dostupné z: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-0035752202&origin=inward&txGid=1A262D6BD928C5C5ACE0AA4A4D45BE82.zQKnzAySRvJOZYcdfIziQ%3a17#>
- Háva, P. (2013). Diskurz reformy dlouhodobé péče v ČR v letech 2010-2012. *Zdravotnictví v České republice*, 1(16): 13-22
- Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*. (2012). (1). Malta: World Health Organization. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf
- Health21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region*. (1998). (32 p.) Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/88590/EHFA5-E.pdf?ua=1
- Hendl, J. (2012). *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. (4., rozš. vyd., 734 s.) Praha: Portál.
- Hennessy, P., & Manfred Huber, M. (2005). *The OECD Health Project Long-term Care for Older People*. Paris: OECD. Dostupné z: http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/long-term-care-for-older-people_9789264015852-en#page26
- Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. (1993). *The motivation to work*. (xxiv, 157 p.) New Brunswick, N.J., U.S.A.: Transaction Publishers.
- Hintsä, T., Kouvonen, A., McCann, M., Jokela, M., Elovainio, M., & Demakakos, P. (2015). Higher effort–reward imbalance and lower job control predict exit from the labour market at the age of 61 years or younger: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 69(issue 6), pp. 543-549. DOI: 10.1136/jech-2014-205148.
- Hofstede, G. (1984). Cultural dimensions in management and planning [Online]. *Asia Pacific Journal Of Management*, 1(2), 81-99. <http://doi.org/10.1007/BF01733682>
- Homans, G., Flache, A., & Macy, M. (1958). Social Behavior as Exchange. *American Journal of Sociology*, vol. 63(issue 6), pp. 45-60. DOI: http://dx.doi.org/10.1007/0-387-28032-4_3.

- Holmerová, I. et al. (2014). *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. (1. vydání, 176 stran). Praha: Grada Publishing.
- Holmerová, I., & Wija, P. (2013) Dlouhodobá péče v komunitě zkušenosti a dobrá praxe v obcích. In: CELLO - Centrum pro studium dlouhověkosti a dlouhodobé péče. Dostupné z: <http://www.cello-ilc.cz/wp-content/uploads/2014/05/Holmerova-Iva.pdf>
- Holmerová, I., Jurašková, B., Zikmundová, K. a kol. (2007). *Vybrané kapitoly z gerontologie*. (3., přeprac. a dopl. vyd., 143 s.) Praha: EV public relations. Dostupné z: http://www.researchgate.net/profile/Iva_Holmerova/publication/40364603_Vybran_ka_pitoly_z_gerontologie_/links/54a6d1f50cf267bdb909f222.pdf
- Hsieh, C., Chang, C., Tsai, G., & Wu, H. (2015). Empirical study of the influence of a Laughing Qigong Program on long-term care residents. *Geriatrics*, vol. 15(issue 2), pp. 165-173. DOI: 10.1111/ggi.12244.
- Huczynski, A., & Buchanan, D. (2007). *Organizational behaviour: an introductory text*. (6th ed.) New York: Pearson Education.
- Hunt, A. (2003). Musculoskeletal Fitness: The Keystone in Overall Well-Being and Injury Prevention. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, vol. 409, pp. 96-105. DOI: 10.1097/01.blo.0000057787.10364.4e.
- Hunter, S., & Levett-Jones, T. (2010). The practice of nurses working with older people in long term care: an Australian perspective. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 19(3-4), pp. 527-536. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2009.02967.x.
- Huxley, P. (2005). Stress and Pressures in Mental Health Social Work: The Worker Speaks. *British Journal of Social Work*, vol. 35(issue 7), pp. 1063-1079. DOI: 10.1093/bjsw/bch218.
- Hyvönen, K., Feldt, T., Tolvanen, A., & Kinnunen, U. (2010). The role of goal pursuit in the interaction between psychosocial work environment and occupational well-being. *Journal of Vocational Behavior*, vol. 76(issue 3), pp. 406-418. DOI: 10.1016/j.jvb.2009.10.002.
- ICC/ESOMAR (2008). Dostupné z: http://www.m-journal.cz/files/hlavni_sekce/praxe/mezinarodni_kodex_vyzkumu_trhu_a_socialniho_vyzkumu.pdf. Citováno 14.7.2015.
- Jak vytvořit podmínky pro pohodu na pracovišti. Průvodce podmínkami duševně zdravého pracoviště. (2009) Manuál SZÚ. Dostupné z: http://apps.szu.cz/podpora_zdravi/menthealthwork/materialy/zamestnavatel.pdf (citováno 25.2.2014)
- Janečková, H., & Nentvichová Novotná, R. (2013). Role rodinných vztahů v institucionální péči o seniory. *Sociální práce*, 13(1), pp. 72-82. Dostupné z: http://socialniprace.cz/soubory/cas_vol13_iss1-150407093434.pdf
- Janečková, H., & Hnilicová, H. (2009). *Úvod do veřejného zdravotnictví*. (Vyd. 1., 294 s.) Praha: Portál.
- Janečková H., Malina A. (2008). Dlouhodobá péče o seniory z pohledu ekvity. *Zdravotnictví v České republice.. 1: 26-29 a Zdravotnictví v České republice. 2: 64-68*
- Janečková, H. (1997). *Sociologie medicíny v kontextu veřejného zdravotnictví*. (52 s.) Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví.

- Jayasekara, R. et al. (2012). Focus groups in nursing research: Methodological perspectives. *Nursing Outlook*, 60(6): 411-416. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2012.02.001>.
- Jeřábek, H. (2013) Mezigenerační solidarita v péči o seniory. Sociologické nakladatelství SLON.
- Jeřábek, H. (2009) Rodinná péče o seniory jako „práce z lásky“: nové argumenty. *Sociologický časopis*, 45(2): 243-265
- Jirkovská, B., Mudd, D., Řepa, M., & Brilová, M. (2012). Průzkum motivačních faktorů u nelékařských zdravotnických pracovníků. *Praktický lékař*, 92(1).
- Johnston, D., Propper, C., & Shields, M. (2009). Comparing subjective and objective measures of health: Evidence from hypertension for the income/health gradient. *Journal of Health Economics*, vol. 28(issue 3), pp. 540-552. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2009.02.010.
- Kalliath, P., & Kalliath, T. (2015). Work-Family Conflict and Its Impact on Job Satisfaction of Social Workers. *British Journal of Social Work*, vol. 45(issue 1), pp. 241-259. DOI: 10.1093/bjsw/bct125.
- Kalvach, Z. (2014). *Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb*. (první). Praha: Diakonie ČCE. Dostupné z: <http://www.diakonie.cz/res/data/013/001859.pdf>
- Kamp, A., & Bottrup, P. (2008). Meaning in work: identity and learning in the elderly care. In: *Roskilde University and Kubix*. Dostupné z: http://rudar.ruc.dk/bitstream/1800/4905/1/meaning_in_work_-_identity_and_learning_in_the_elderly_care_kamp_bottrup.pdf
- Katz, J., Peberdy, A. et al. (2000). Promoting Health. Knowledge and Practice. Second Edition. The Open University. Oxford.
- Kebza, V. (2005). Psychosociální determinanty zdraví. Academia. Praha.
- Kebza, V., Šolcová, I. (2003a). *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. (2., rozš. a dopl. vyd., 23 s.) Praha: Státní zdravotní ústav.
- Kebza, V., & Šolcová, I. (2003b).. *Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem*, *Československá psychologie*, 47(4).
- Keyes, C. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, pp. 121-140. Dostupné z: <http://www.jstor.org/stable/2787065>
- Kim, Y., Shaffer, K., Carver, C., & Cannady, R. (2014). Prevalence and predictors of depressive symptoms among cancer caregivers 5 years after the relative's cancer diagnosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 82(issue 1), pp. 1-8. DOI: 10.1037/a0035116.
- Kiss, B. (2009). Zahl der legalen Pfleger verdreifacht sich, Bericht. ORF 2, Zeit im Bild, 4. Oktober 2009.
- Klein, J., Frie, K., Blum, K., & Von dem Knesebeck, O. (2011). Psychosocial stress at work and perceived quality of care among clinicians in surgery. *BMC Health Services Research*, vol. 11(issue 1), pp. 109-. DOI: 10.1186/1472-6963-11-109.

- Kolman, L., Noorderhaven, N., Hofstede, G., & Dienes, E. (2003). Cross-cultural differences in Central Europe. *Journal of Managerial Psychology*, vol. 18(issue 1), pp. 76-88. DOI: 10.1108/02683940310459600.
- Kopřiva, K. (1997). *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. (2. rozš. a přeprac. vyd., 147 s.) Praha: Portál.
- Kotrusová, M., Janečková, H., Angelovská, O., Dobiášová, K. (2012). Potřeba sociálně-zdravotních služeb pro seniory v Praze: Reflexe současného stavu. *Zdravotnictví v České republice*, 2(XV): 11-19
- Krajic, K., Schmidt, C., & Christ, R. (2010). Gesundheitsförderung in der Long Term Care in Österreich: eine Status Quo Analyse. *Soziale Sicherheit*(3), pp. 142-148.
- Kristensen, T., Borritz, M., Villadsen, E., Christensen, K. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work*, vol. 19(issue 3), pp. 192-207. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/02678370500297720>.
- Křivohlavý, J. (1998). *Jak neztratit nadšení*. (Vyd. 1., 131 s.) Praha: Grada.
- Kutnohorská, J., Cichá, M., Goldmann, R. (2011). *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. (1. vyd., 189 s.) Praha: Grada.
- Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10.2004 v Třeboni, Kongresový sál hotelu Aurora*. (2004). (120 s., Editor Helena Hnilicová). Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky.
- Lee, T., Lin, J., Yen, C., Loh, C., Hsu, S., Tang, C., Wu, J., Fang, W., & Chu, C. (2009). Extrinsic high-effort and low-reward conditions at work among institutional staff caring for people with intellectual disabilities in Taiwan. *Research in Developmental Disabilities*, vol. 30(issue 2), pp. 284-293. DOI: 10.1016/j.ridd.2008.04.006.
- Leineweber, C., Wege, N., Westerlund, H., Theorell, T., Wahrendorf, M., & Siegrist, J. (2010). How valid is a short measure of effort-reward imbalance at work? A replication study from Sweden. *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 67(issue 8), pp. 526-531. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/oem.2009.050930>.
- Li, J., Yang, W., & Cho, S. (2006). Gender differences in job strain, effort-reward imbalance, and health functioning among Chinese physicians. *Social Science*, vol. 62(issue 5), pp. 1066-1077. DOI: 10.1016/j.socscimed.2005.07.011.
- Lindstrom, B. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*, vol. 21(issue 3), pp. 238-244. DOI: 10.1093/heapro/dal016.
- Lipšová, V., Šamánek, J., Vavřinová, J. (2005). Kritéria kvality podpory zdraví na pracovišti. Státní zdravotní ústav. Dostupné z: [http://www.szu.cz/modules/search/index.php?plugin=3&query=Kriteri kvality podpory zdraví na pracovišti](http://www.szu.cz/modules/search/index.php?plugin=3&query=Kriteri%20kvality%20podpory%20zdrav%20na%20pracovišti)
- Lovell, M. (2006). Caring for the elderly: Changing perceptions and attitudes. *Journal of Vascular Nursing*, vol. 24(issue 1), pp. 22-26. DOI: 10.1016/j.jvn.2005.11.001.
- Lucemburská deklarace o podpoře zdraví na pracovišti. (1997). Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/pracovni-prostredi/narodni-sit-podpory-zdravi-na-pracovisti>
- Luker, K. (2006). Challenges for home care nurses in providing quality care. *Primary Health Care Research*, vol. 7(issue 04), pp. -. DOI: 10.1017/S1463423606000399.

- Lutsky, N. (1980). Attitudes toward old age and elderly persons. *Annual review of gerontology and geriatrics*, Springer, New York, 286–336.
- Lyubomirsky, S. (2001). Why are some people happier than others?: The role of cognitive and motivational processes in well-being. *American Psychologist*, pp. 137-155.
- Malina, A. (2012). Reálné dopady stárnutí populace. *Onkologie*, 6 (4). Dostupné z: <http://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2012/04/01.pdf>
- Mansor, N., Wai, C., Mohamed, A., & Shah, I. (2012). The Relationship between Management Style and Employees' Well-Being: A Case of Non-Managerial Staffs. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, vol. 40, pp. 521-529. DOI: 10.1016/j.sbspro.2012.03.225.
- Marin, B., Leichsenring, K., Rodrigues, R., & Huber, M. (2009). *Who Cares?: Care coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European Union*. Conference on Healthy and Dignified Ageing, Stockholm, 15-16 September 2009. Dostupné z: http://www.age-platform.eu/images/stories/EN/pdf_DiscussionPaper-WhoCares.pdf
- Mark, G., & Smith, A. (2012). Effects of occupational stress, job characteristics, coping, and attributional style on the mental health and job satisfaction of university employees. *Anxiety, Stress*, vol. 25(issue 1), pp. 63-78. DOI: 10.1080/10615806.2010.548088.
- Maroon, I. (2012). Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky. Portál. Praha.
- Maroušková, I., & Seidl, M. (2014). Pracovní zátěž, životní spokojenost a work-life balance zaměstnanců přímé péče v domovech pro seniory v jižních Čechách a Praze. *Sociální práce*, 1(2014), pp. 40-50. Dostupné z: <http://socialniprace.cz/index.php?sekce=2&ukol=detail&id=69&clanekid=235>
- Maslach, C. (2003). *Burnout: the cost of caring*. (xxiv, 276 p.) Cambridge, MA: Malor Books.
- Mátl, O., Holmerová, I., & Mátlová, M. (2014). Zpráva o stavu demence 2014. In: (pp. 1-30). Praha: Česká alzheimerovská společnost. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/data/001/000188.pdf>
- Mátl, O., Jabůrková, M. (2007). Kvalita péče o seniory: řízení kvality dlouhodobé péče v ČR. Galén. Praha.
- McGillis Hall, L., & Kiesners, D. (2005). A narrative approach to understanding the nursing work environment in Canada. *Social Science*, vol. 61(issue 12), pp. 2482-2491. DOI: 10.1016/j.socscimed.2005.05.002.
- Meyer, J., Maltin, E. (2010). Employee commitment and well-being: A critical review, theoretical framework and research agenda. *Journal of Vocational Behavior*, vol. 77(issue 2), pp. 323-337. DOI: 10.1016/j.jvb.2010.04.007.
- Michie, S. (2002). Causes and Management of Stress at Work. *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 59(issue 1), pp. 67-72. DOI: 10.1136/oem.59.1.67.
- Minkler, M. (1989). Health Education, Health Promotion and the Open Society: A Historical Perspective. *Health Education*, 16 (1): 17-30
- Moos, P. (2014). Salutogeneze: Podpora zdraví, nikoli pěstování strachu z nemoci. Publikováno 8.11.2014 na blogu P. Moose. [Online]. Dostupné z: <http://moos->

psycholog.cz/salutogeneze-podpora-zdravi-nikoli-pestovani-strachu-z-nemoci/ .
Citováno 5.11.2015.

- MPSV (2010). Dlouhodobá péče – minulost, současnost a pohled do budoucnosti.
Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/8456>. Citováno 10.11.2015.
- Msaouel, P., Keramaris, N., Apostolopoulos, A., Syrmos, N., Kappos, T., Tasoulis, A., Tripodaki, E., Kagiampaki, E., Lekkas, I., & Siegrist, J. (2012). The Effort-reward Imbalance Questionnaire in Greek: Translation, Validation and Psychometric Properties in Health Professionals. *Journal of Occupational Health*, vol. 54(issue 2), pp. 119-130. DOI: <http://dx.doi.org/10.1539/joh.11-0197-oa>.
- Mühlpachr, P. (2004). *Gerontopedagogika*. (1. vyd., 203 s.) Brno: Masarykova univerzita.
- Národní program přípravy na stárnutí mezi lety 2008-2012 (2009). Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5045#zzs>. Citováno 11.6.2015.
- Neal, M., & Wagner, D. (2001). Working caregivers: Issues, Challenges, And Opportunities For The Aging Network. In: *Portland State University*. Dostupné z: <http://www.caregiverslibrary.org/Portals/0/Working%20Caregivers%20-%20Issues%20for%20the%20Aging%20Network%20Fin-Neal-Wagner.pdf>
- Nešpor, K. (2015). Smích a medicína. In: *Psychiatrická nemocnice Bohnice*. Dostupné z: http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=26&ved=0CCoQFjAFOBRqFQoTCKvm2vOssMgCFUGdFAodetUAQQ&url=http%3A%2F%2Fwww.drnespor.eu%2F_SmiCvi3.doc&usq=AFQjCNE3y4reEL0Vaq7qEOev9tKWXS3NA
- Niedhammer, I., Sultan-Taieb, H., Chastang, J., Vermeylen, G., & Parent-Thirion, A. (2012). Exposure to psychosocial work factors in 31 European countries. *Occupational Medicine*, vol. 62(issue 3), pp. 196-202. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/occmed/kqs020>.
- Niedhammer, I., Goldberg, M., Leclerc, A., Bugel, I., & David, S. (1998). Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort. *Scandinavian Journal of Work, Environment*, vol. 24(issue 3), pp. 197-205. DOI: 10.5271/sjweh.299.
- Nuebling, M., Seidler, A., Garthus-Niegel, S., Latza, U., Wagner, M., Hegewald, J., Liebers, F., Jankowiak, S., Zwiener, I., Wild, P., Letzel, S. (2013). The Gutenberg Health Study: measuring psychosocial factors at work and predicting health and work-related outcomes with the ERI and the COPSOQ questionnaire. *BMC Public Health*, vol. 13(issue 1), pp. 538-. DOI: 10.1186/1471-2458-13-538.
- Panari, C., Guglielmi, D., Ricci, A., Tabanelli, M., & Violante, F. (2012). Assessing and improving health in the workplace: an integration of subjective and objective measures with the STress Assessment and Research Toolkit (S.T.A.R.T.) method. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, vol. 7(issue 1), pp. 18-. DOI: 10.1186/1745-6673-7-18.
- Paulík, K. (2011). Salutogeneze, percepce zátěže a zdraví učitelů a učitelek. *Škola a zdraví* 21, 21, pp. 323-330. Dostupné z: http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2011/39/texty/cze/33_paulik_cze.pdf
- Pelissier, C., Fontana, L., Fort, E., Vohito, M., Sellier, B., Perrier, C., Glerant, V., Couprie, F., Agard, J., & Charbotel, B. (2015). Impaired mental well-being and psychosocial

- risk: a cross-sectional study in female nursing home direct staff. *BMJ Open*, vol. 5(issue 3), e007190-e007190. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-007190.
- Peter, R., & Siegrist, J. (1997). Chronic work stress, sickness absence, and hypertension in middle managers: General or specific sociological explanations?. *Social Science*, vol. 45(issue 7), pp. 1111-1120. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0277-9536\(97\)00039-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0277-9536(97)00039-7).
- Pikhard, H., Bobak, M., Pajak, A., Malyutina, S., Kubinova, R., Topor, R., Sebakova, H., Nikitin, Y., & Marmot, M. (2004). Psychosocial factors at work and depression in three countries of Central and Eastern Europe. *Social Science & Medicine*(58), pp. 1475-1482.
- Pikhard, H., Bobak, M., Siegrist, J., Pajak, A., Rywik, S., Kyshegyi, J., Gostautas, A., Skodova, Z., & Marmot, M. (2001). Psychosocial work characteristics and self rated health in four post-communist countries. *Epidemiol Community Health*(55), pp. 624-630.
- Podpora neformálních pečovatelů (2015). Dostupné z: <http://fdv.mpsv.cz/cz/p/cinnosti-fdv/ukoncene-projekty-a-cinnosti/19-podpora-neformalnich-pecovatelu>. Citováno 5.1.2016.
- Preckel, D., Meinel, M., & Fischer, J. (2007). Effort-reward-imbalance, overcommitment and self-reported health: Is it the interaction that matters?. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*(80), pp. 91-107.
- Průša, L. (2011). Model efektivního financování a poskytování dlouhodobé péče. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. Praha.
- Průša, L. (2010). Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením: závěrečná zpráva o řešení projektu Analýza a prognóza potřeb poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením ZVZ 209. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. Praha
- Quality Criteria of Workplace Health Promotion (1999). BKK Bundesverband, Essen. Dostupné z: http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/quality_criteria_01.pdf. Citováno 4.11.2015.
- Rechel, B., Grundy, E., Robine, J. et al. (2013). Ageing in the European Union. The Lancet, 381(9874): 1312-1322. Dostupné z: 10.1016/S0140-6736(12)
- Rockwell, J. (2012). From person-centered to relational care: expanding the focus in residential care facilities. *Journal of gerontological social work*, 55(3), pp. 233-248. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/abs/10.1080/01634372.2011.639438#.VhPwMk2hd14>
- Rose, L. (1997). Caring for caregivers: Perceptions of social support. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 35(2), pp. 17-24. Dostupné z: <http://search.proquest.com.ezproxy.is.cuni.cz/docview/1024133314/fulltextPDF?accountid=15618>
- Rüegger, H. (2014). Etické výzvy fenoménu demence. *Sociální služby*, 16(2), pp. 16-21. Dostupné z: <http://www.socialnisluzby.eu/ckfinder/userfiles/files/SS%202-2014%20final%20s%2016-21.pdf>
- Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 69(issue 4), pp. 719-727. DOI: 10.1037/0022-3514.69.4.719.

- Řeháková, B. (2000). Nebojte se logistické regrese. *Sociologický časopis*, 36(4), pp. 475-492. Dostupné z: http://sreview.soc.cas.cz/uploads/5f6961faa17dd98a67cfb71a5205469d297369f5_372_475REHAK.pdf
- Salavecz, G., Chandola, T., Pikhart, H., Dragano, N., Siegrist, J., Jockel, K., Erbel, R., Pajak, A., Malyutina, S., Kubinova, R., Marmot, M., Bobak, M., & Kopp, M. (2010). Work stress and health in Western European and post-communist countries: an East-West comparison study. *Journal of Epidemiology*, vol. 64(issue 01), pp. 57-62. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2008.075978>.
- Sak, P., & Kolesárová, K. (2012). *Sociologie stáří a seniorů*. (Vyd. 1., 225 s.) Praha: Grada
- Schaufeli, W., Bakker, A., Hoogduin, K., Schaap, C., & Kladler, A. (2001). On the clinical validity of the maslach burnout inventory and the burnout measure. *Psychology*, vol. 16(issue 5), pp. 565-582. DOI: 10.1080/08870440108405527.
- Schulz, M., Damkröger, A., Heins, C., Wehlitz, L., Löhr, M., Driessen, M., Behrens, J., & Windenfeld, K. (2009). Effort-reward imbalance and burnout among German nurses in medical compared with psychiatric hospital settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 16(issue 3), pp. 225-233. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2008.01355.x.
- Shimazu, A., & De Jonge, J. (2009). Reciprocal relations between effort–reward imbalance at work and adverse health: A three-wave panel survey. *Social Science*, vol. 68(issue 1), pp. 60-68. DOI: 10.1016/j.socscimed.2008.09.055.
- Shirom, A., Toker, S., Alkaly, Y., Jacobson, O., & Balicer, R. (2011). Work-based predictors of mortality: A 20-year follow-up of healthy employees. *Health Psychology*, vol. 30(issue 3), pp. 268-275. DOI: 10.1037/a0023138.
- Schmidt, B., Bosch, J., Jarczok, M., Herr, R., Loerbroks, A., Van Vianen, A., & Fischer, J. (2015). Effort–reward imbalance is associated with the metabolic syndrome — Findings from the Mannheim Industrial Cohort Study (MICS). *International Journal of Cardiology*, vol. 178, pp. 24-28. DOI: 10.1016/j.ijcard.2014.10.115.
- Siegrist, J., Li, J., Montano, D. (2014). Psychometric properties of the Effort-Reward Imbalance Questionnaire. In: *Psychometric properties of the Effort-Reward Imbalance Questionnaire*. Dostupné z: http://www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Datenpool/einrichtungen/institut_fuer_medizinische_soziologie_id54/ERI/PsychometricProperties.pdf
- Siegrist, J., & Montano, D.. (2012). ERI - Questionnaires - Users Guide. *Institut für Medizinische Soziologie HHU Düsseldorf* [online]. Dostupné z: http://www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Datenpool/einrichtungen/institut_fuer_medizinische_soziologie_id54/ERI/Questionnaires/Users-Guide/Users-Guide.pdf
- Siegrist, J. (2008). Effort-reward imbalance at work: Theory, measurement and evidence. In: *Department of Medical Sociology, Duesseldorf University, Duesseldorf*. Dostupné z: http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/theorie_measurement_evidence.pdf
- Siegrist, J., Wahrendorf, M., Von dem Knesebeck, O., Jürges, H., & Börsch-Supan, A. (2006). Quality of work, well-being, and intended early retirement of older employees- baseline results from the SHARE Study. *European Journal of Public Health*, 17(1), pp. 62-68.

- Siegrist, J., & Rödel, A. (2005). Institut für Medizinische Soziologie der Heinrich Heine-Universität Düsseldorf. *Arbeitsbelastungen im Altenpflegeberuf: unter besonderer Berücksichtigung der Wiedereinstiegsproblematik*. Universität Düsseldorf.
- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I., & Peter, R. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine*(58), pp. 1483-1499.
- Siegrist, J. (2000). Place, social exchange and health: proposed sociological framework. *Social Science*, vol. 51(issue 9), pp. 1283-1293. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00092-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00092-7).
- Siegrist, J. (1999). Occupational health and public health in Germany In P.M. Le Blanc, M.C.W. Peeters, A. Büssing, & W.B. Schafeli (Eds.). *Organizational Psychology and Healthcare: European contributions*, München: Rainer Hampp Verlag. pp. 35-44.
- Siegrist, J. (1996). Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), pp. 27-41.
- Simon, M., Tackenberg, P., Hasselhorn, H. Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Bergische Universität Wuppertal. 2005
- Slomski, A. (2015). Short Therapy Reduces Depression in Family Caregivers of Patients With Dementia. *JAMA*, vol. 313(issue 4), pp. 347-. DOI: 10.1001/jama.2014.17991.
- Sperlich, S., & Geyer, S. (2015). The mediating effect of effort-reward imbalance in household and family work on the relationship between education and women's health. *Social Science*, vol. 131, pp. 58-65. DOI: 10.1016/j.socscimed.2015.03.001.
- Stansfeld, S., & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment*, vol. 32(issue 6), pp. 443-462. DOI: 10.5271/sjweh.1050.
- Stevens, J., & Crouch, M. (1995). Who cares about care in nursing education?. *International Journal of Nursing Studies*, vol. 32(issue 3), pp. 233-242. DOI: 10.1016/0020-7489(95)00002-F.
- Stock, C. (2010). *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. (1. vyd., 103 s.) Praha: Grada.
- Sýkorová, D. (2007). *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. (Vyd. 1., 284 s.) Praha: Sociologické nakladatelství.
- Sýkorová, D. (2006). Od solidarity jako základu intergeneračních vztahů v rodině k ambivalenci a vyjednávání. *Sociologický časopis*, 42(4), pp. 683-700. Dostupné z: <http://sreview.soc.cas.cz/cs/issue/41-sociologicky-casopis-czech-sociological-review-4-2006/743>
- SZÚ (2015). Podpora zdraví na pracovišti. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/pracovni-prostredi/podpora-zdravi-na-pracovisti>. Citováno 5.6.2015.
- Šikýř, M. (2012). *Personalistika pro manažery a personalisty*. Grada. Praha.
- Šindlerová, N. (2011). *Výzvy v práci sestry domácí péče* (Bakalářská práce). Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Pardubice. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/39343/SindlerovaN_VyzvySestry_MH_2011.pdf;jsessionid=089E2CFDB623B7882C6C0D26425EE998?sequence=1
- Šolcová, I., & Kebza, V. (2005). Prediktory osobní pohody (well-being) u reprezentativního souboru české populace. *Československá psychologie*, 49(1).

- Šolcová, I., & Kebza, V. (2004). *Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory*. In: *Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10.2004 v Třeboni, Kongresový sál hotelu Aurora*. (2004). (120 s., Editor Helena Hnilicová). Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky.
- Taušová, A. (2011). *Kvalita pracovního života vybraných skupin všeobecných sester* (Bakalářská práce). Univerzita Karlova v Praze, 2. Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství, Praha.
- Testad, I., Mikkelsen, A., Ballard, C., & Aarsland, D. (2010). Health and well-being in care staff and their relations to organizational and psychosocial factors, care staff and resident factors in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 25(issue 8), pp. 789-797. DOI: 10.1002/gps.2419.
- The Luxembourg Declaration on Workplace health promotion in the European Union (2007). Dostupné z: Dostupné z: http://www.enwhp.org/fileadmin/rs-dokumente/dateien/Luxembourg_Declaration.pdf. Citováno 5.6.2015
- The Ottawa Charter for Health Promotion. (1986). Dostupné z: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html> (citováno 28.11.2013)
- The 2015 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060). (2015). In: *EUROPEAN COMMISSION, EUROPEAN ECONOMY*. (3). Brussels. DOI: 10.2765/877631.
- Thomas, C. (1993). De-Constructing Concepts of Care. *Sociology*, vol. 27(issue 4), pp. 649-669. DOI: 10.1177/0038038593027004006.
- Thompson, E. (2007). Development and Validation of an Internationally Reliable Short-Form of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). *Journal of Cross-Cultural Psychology*, vol. 38(issue 2), pp. 227-242. DOI: 10.1177/0022022106297301.
- Tjadens, F., Colombo, F.(2011). Long-term care: valuing care providers. *Eurohealth*, 17(2-3). Dostupné z: http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/publications/eurohealth/eurohealth_volume_17_no2-3_individual_articles.aspx
- Trigg, L. (2011). The demand for long-term care for older people. *Eurohealth*, 17 (2-3). Dostupné z: http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/publications/eurohealth/eurohealth_volume_17_no2-3_individual_articles.aspx
- Tsai, K., Wang, J. (2005). Benefits offer no advantage on firm productivity?: an empirical examination. *Personnel Review*, 34(4): 393-405. Dostupné z: <http://search.proquest.com.ezproxy.is.cuni.cz/docview/214799218?accountid=15618>
- Tuček, M. (2013). *Prestiž povolání - červen 2013*. Praha: CVVM, AV ČR. Dostupné z: http://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c1/a7054/f3/eu130903.pdf
- Van Vegchel, N., De Jonge, J., Bosma, H., & Schaufeli, W. (2005). Reviewing the effort-reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies. *Social Science & Medicine*(60), pp. 1117-1131.

- Van Vegchel, N., Jonge, J., Meijer, T., & Hamers, J. (2001). Different effort constructs and effort-reward imbalance: effects on employee well-being in ancillary health care workers. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 34(issue 1), pp. 128-136. DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.3411726.x>.
- Válková, M., Korejšová, M., & Holmerová, I. (2010). *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. (Vyd. 1., 77 s.) Praha: MPSV. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/9597/dlouhodob_a_pece_CR.pdf
- Vavřínová, J. (2006). Zdraví ve světě práce: Podpora zdraví na pracovišti jako nástroj pro zlepšování a prodloužení pracovního života. *Státní Zdravotní Ústav* [online]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/cpl/podpora_zdravi/zdravi_ve_svete_prace.pdf. Citováno 10.6.2015.
- Vearing, A., & Mak, A. (2007). Big five personality and effort–reward imbalance factors in employees’ depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, vol. 43(issue 7), pp. 1744-1755. DOI: 10.1016/j.paid.2007.05.011.
- Vinopal, J. (2011). Indikátor subjektivní kvality pracovního života. *Sociologický časopis*, 47(5), pp. 937-966. Dostupné z: <http://sreview.soc.cas.cz/cs/issue/120-sociologicky-casopis-czech-sociological-review-5-2011/2164>
- Vidovičová, L. (2008). *Stárnutí, věk a diskriminace - nové souvislosti*. (1. vyd., 233 s.) Brno: Masarykova univerzita Brno, Mezinárodní politologický ústav.
- Výrost, J. (2008). *Sociální psychologie*. (2., přeprac. a rozš. vyd., 404 s., Editor Ivan Slaměník). Praha: Grada.
- Wahrendorf, M., Blane, D., Bartley, M., Dragano, N., & Siegrist, J. (2013). Working conditions in mid-life and mental health in older ages. *Advances in Life Course Research*, vol. 18(issue 1), pp. 16-25. DOI: 10.1016/j.alcr.2012.10.004.
- Wang, J., Smailes, E., Sareen, J., Schmitz, N., Fick, G., & Patten, S. (2012). Three job-related stress models and depression: a population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 47(issue 2), pp. 185-193. DOI: 10.1007/s00127-011-0340-5.
- Wanous, J., Reichers, A., Hudy, M. (1997). Overall job satisfaction: How good are single-item measures?. *Journal of Applied Psychology*, vol. 82(issue 2), pp. 247-252. DOI: 10.1037/0021-9010.82.2.247.
- Watson, D., & Clark, L. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, vol. 96(issue 3), pp. 465-490. DOI: 10.1037/0033-2909.96.3.465.
- Weinstein, N., Ryan, R. (2010). When helping helps: Autonomous motivation for prosocial behavior and its influence on well-being for the helper and recipient. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98 (2): 222-244. Dostupné z: 10.1037/a0016984
- Wheelan, S., Burchill, C., & Tilin, F. (2003). The link between teamwork and patients’ outcomes in intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 12(6), pp. 527-534. Dostupné z: <http://www.groupworksglobal.com/wp-content/uploads/2012/11/Wheelan-Burchill-Tilin.pdf>
- WHO (2015). Dostupné z: http://www.who.int/topics/health_promotion/en/. Citováno 2.6.2015.

- WHO Health 2020 (2012). Dostupné z:
http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf.
Citováno 6.11.2015.
- Wija, P. (2013). Jaká je kapacita a struktura dlouhodobé péče v České republice?.
Geriatric a gerontologie, 2(3), pp. 122-127. Dostupné z: <http://www.cello-ilc.cz/wp-content/uploads/2013/11/dlouhodob-pece.pdf>
- Wija, P. (2012). Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD (I-IV).
Aktuální informace ÚZIS č. 31 - 34/2012. Dostupné z:
<http://www.uzis.cz/search/node/Wija>
- Wirtz, P., Siegrist, J., Rimmle, U., & Ehler, U. (2008). Higher overcommitment to work is associated with lower norepinephrine secretion before and after acute psychosocial stress in men. *Psychoneuroendocrinology*, vol. 33(issue 1), pp. 92-99. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2007.10.003.
- Workplace Health Promotion for Employees. (2010). In: *European Agency for Safety and Health at Work*. Dostupné z: <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/factsheets/94> . Citováno 10.9.2015.
- World Report on Ageing and Health*. (2015). (1.) Luxembourg: World Health Organization. Dostupné z:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf
- Zákon o veřejném zdravotním pojištění (1997). Dostupné z:
<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>. Citováno 10.11.2015.
- Zdraví pro všechny v 21. století (2002). Strategický dokument Ministerstva zdravotnictví ČR, Praha. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html

Internetové zdroje

<http://moos-psycholog.cz/salutogeneze-podpora-zdravi-nikoli-pestovani-strachu-z-nemoci/>
http://www.who.int/topics/health_promotion/en/
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf
<https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/factsheets/94>
http://www.enwhp.org/fileadmin/rs-dokumente/dateien/Luxembourg_Declaration.pdf
<http://www.szu.cz/tema/pracovni-prostredi/podpora-zdravi-na-pracovisti>
http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/quality_criteria_01.pdf
http://www.szu.cz/uploads/documents/cpl/podpora_zdravi/zdravi_ve_svete_prace.pdf
www.pecujdoma.cz
<http://fdv.mpsv.cz/cz/p/cinnosti-fdv/ukoncene-projekty-a-cinnosti/19-podpora-neformalnich-pecovatelu>
<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
<http://www.mpsv.cz/cs/5045#zszs>
<http://www.mpsv.cz/cs/8456>
[http://www.apsscr.cz/files/files/Doporu%C4%8Den%C3%BD%20standard_FINAL\(1\).pdf](http://www.apsscr.cz/files/files/Doporu%C4%8Den%C3%BD%20standard_FINAL(1).pdf)
<http://www.elmiproject.eu/projekt-elmi-czech/>
<http://www.enwhp.org/workplace-health-promotion.html>
http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/pdf/ee3_en.pdf
www.szu.cz/podpora_zdravi/kriteria_kvality_podpory_zdravi_na_pracovisti
http://www.szu.cz/uploads/documents/cpl/podpora_zdravi/zdravi_ve_svete_prace.pdf
<http://zakonik-prace.cz/>
<http://www.oecd.org/els/health-systems/long-term-care.htm>
http://ceskapozice.lidovky.cz/zdenek-kalvach-vuci-starsim-lidem-mame-mnoho-predsudku-pgj-/tema.aspx?c=A141020_160904_pozice-tema_lube#utm_source=sph.lidovky&utm_medium=text&utm_campaign=ceska-pozice
www.dustojnestarnuti.cz

Vybrané části textu disertační práce byly publikovány v níže uvedených člancích:

- Jirkovská, B. (2015). Panuje rovnováha mezi úsilím a odměnami u profesionálů v dlouhodobé péči. *AUC PHILOSOPHICA ET HISTORICA: STUDIA SOCIOLOGICA* (v recenzním řízení)
- Jirkovská, B. (2015). Nerovnováha mezi úsilím zaměstnanců a odměnami: Model Effort Reward Imbalance. *AUC PHILOSOPHICA ET HISTORICA: STUDIA SOCIOLOGICA*, 2/2014(XX - Zdraví, rizikové chování a životní styl), pp. 87-102. Dostupné z: http://www.cupress.cuni.cz/ink2_stat/dload.jsp?prezMat=61471
- Jirkovská, B. (2014). „Health promotion in the caring professions: view of professionals in long-term care.“ *In: Current Trends and Challenges of Modern Management and Human Resource Development*. Mezinárodní vědecká konference. ČVUT, Masarykův ústav vyšších studií, Praha 2014. ISBN: 978-80-01-05660-8
- Jirkovská, B., Janečková, H. (2013). Pracovní podmínky a podpora zdraví v pečujících profesích. *Zdravotnictví v České republice*, 3-4 (XVI)

SEZNAM TABULEK, GRAFŮ A OBRÁZKŮ

Tabulky

Tab. 1	Základní charakteristiky výběrového souboru
Tab. 2	Rozložení výzkumného souboru podle zastávané pracovní pozice
Tab. 3	Otázky na pracovní úsilí a odměny, model ERI - S
Tab. 4	Otázky na nadměrnou angažovanost, model ERI – S
Tab. 5	Burnout measure, česká verze
Tab. 6	Hlavní zátěže v práci pečujícího personálu
Tab. 7	Hlavní podpůrné faktory v práci pečujícího personálu
Tab. 8	Vztah mezi modelem ERI a konceptem well-being
Tab. 9	Vztah mezi modelem ERI a jednotlivými dimenzemi osobní pohody
Tab. 10	Průměrná úroveň koeficientu ERI u jednotlivých skupin výzkumného souboru
Tab. 11	Relativní četnosti výroků v modelu ERI
Tab. 12	Relativní četnosti výroku ERI 3 v Modelu ERI u skupin
Tab. 13	Relativní četnosti výroku ERI 4 v Modelu ERI u skupin
Tab. 14	Relativní četnosti výroku ERI 10 v Modelu ERI u skupin
Tab. 15	Prestiž povolání
Tab. 16	Srovnání průměrů koeficientu ERI v zahraničních studiích v České republice

Grafy

Graf 1	Bilance úsilí a odměn
--------	-----------------------

Obrázky

Obr. 1	Původní a současná verze modelu ERI
Obr. 2	Definice well-beingu

PŘÍLOHY

Příloha 1	Informovaný souhlas s účastí ve skupinové diskusi
Příloha 2	Příklad záznamu focus groups
Příloha 3	Dotazník: Podpora zdraví pracovníků pečujících o seniory
Příloha 4	Dotazník Burnout measure, česká verze

Příloha 1 Informovaný souhlas s účastí ve skupinové diskusi

Téma diskuse: Pohled pracovníků zdravotních a sociálních služeb na problematiku podpory zdraví

Vážená paní/ vážený pane,

Byli jste požádáni o účast ve výzkumu podpory zdraví pracovníků ve zdravotních a sociálních službách. Tuto studii provádí v rámci svého doktorandského studia PhDr. Blanka Jirkovská z katedry sociologie, Filozofické fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Odborným garantem výzkumu je PhDr. Hana Janečková, PhD z katedry ošetřovatelství, 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze.

Účast v této skupinové diskusi je dobrovolná. Probíranými tématy budou podpora zdraví na Vašem pracovišti, faktory podporující či ohrožující Vaše zdraví při výkonu profese, co Vám při práci přináší pocit odměny. Diskuse bude trvat cca 50 minut.

Diskuse bude zaznamenána na diktafon, abychom získaly autentické výpovědi účastníků a nepřišly o podstatné informace, které budou vysloveny. Po skončení diskuse bude audio záznam přepsán, přepis důsledně anonymizován a audio záznamy vzápětí vymazány. Veškeré záznamy z diskuse budou dále zpracovány jako anonymní. Všechny informace vzešlé z výzkumu budou sloužit k vědeckým účelům. Pokud kterýkoli z účastníků nebude se zvukovým záznamem souhlasit, nahrávání bude kdykoli přerušeno.

Výzkum bude prováděn v souladu s etickým kodexem a veškerá data, která z něho vzejdou, budou považována za důvěrná.

Pokud máte k výše zmíněnému výzkumu jakékoli dotazy, kontaktujte mě prosím na adrese blanka.jirkovska@email.cz

Vaším podpisem vyjadřujete souhlas s účastí v tomto výzkumu.

Informovaný souhlas bude vystaven ve dvou kopiích, jedna patří Vám, druhá výzkumníkovi.

Velice Vám děkuji za Vaši spolupráci a věřím, že i pro Vás bude přínosná a zajímavá.

PhDr. Blanka Jirkovská

Přečetl/a jsem si informace o výzkumu a byly mi zodpovězeny veškeré moje dotazy. Souhlasím se svou účastí ve skupinové diskusi.

Jméno:

Podpis:

Datum:

Příloha 2 Příklad záznamu focus groups

Podpora zdraví pracovníků pečujících o seniory

Moderovaná skupinová diskuse

Zápis ze dne:

Místo konání:

Počet účastníků:

Profese:

Doba trvání:

Část první: pocit vlastního zdraví

- Jak se cítíte zdravotně?
 - bez problémů, dobře
- Máte pocit, že Váš zdravotní stav je ovlivněn Vaší prací? Jak?
 - stres má vliv na onkologickou diagnózu jedné respondentky (kdyby bylo méně stresu, diagnóza by se možná oddálila)
 - ne
 - občas únava
- Kolikrát jste v posledním roce byli nemocní?
 - ne na neschopence
- Co si představujete pod pojmem „podpora zdraví“ na pracovišti?
 - ochrana před infekcí
 - podpora pitného režimu
 - školení na podporu zad
 - jak se chránit při práci s pacienty
 - psychohygiena – příspěvky na kulturu a sport
 - rehabilitační, lázeňské pobyty

- závodní lékař
- Co by měl zaměstnavatel dělat pro podporu Vašeho zdraví?
- personální obsazení služeb – dva lidi na službu, více pomocného zdravotnického personálu
- Setkali jste se ve Vašem zaměstnání s některým z těchto postupů podpory zdraví?
- na oddělení barely s vodou

Část druhá: co přispívá ke zdraví na pracovišti?

- Co přispívá k tomu, že se při své práci cítím dobře/zdravě/spokojeně?
- snaha pacientů
- úsměv a poděkování (všech) (2)
- uznání od nadřízeného (2)
- zdraví
- dobrý kolektiv, týmová spolupráce (2)

Část třetí: co poškozuje zdraví na pracovišti?

- Co poškozuje mé zdraví při práci?
- stres – moc práce, přesčasy, únava (2)
- nervozita, napětí
- špatná organizace práce
- tlak od nadřízeného
- negativistický přístup (kolegů, nadřízených, pacientů, příbuzných)-pocit, že práce je zbytečná

Část čtvrtá: odměny a vynaložené úsilí

Co mi v mé práci přináší pocit odměny?

- uzdravení pacienta

- poděkování pacienta – cítím, že to má smysl (2)
- pochvala od kolektivu, nadřízených, pacienta, rodiny
- uznání, poděkování, spokojenost (kohokoli) – člověk se cítí užitečný, práce má smysl

Rovnováha x Nerovnováha

- Rovnováha U-O: 0
- Převaha U nad O: 3
- Převaha O nad U: 0

Část pátá: doplňující otázky

1. Tuto práci dělám proto, že...

- mě těší, uspokojuje (3)

2. Na mé práci mě motivuje...

- pocit, že mohu někomu pomoci, o někoho se starat
- jednou se mi vrátí úsilí, dobro, to, co lidem dávám (mě či mým rodičům)

3. Na své práci bych zlepšila...

3.1 Jak?

- lepší financování zdravotnictví, lepší přerozdělení financí (peněz dost, ale špatně rozděleny)
- více finančně diverzifikovat rozdílnou úroveň práce v různých zdravotnických oborech

4. Co by mě přimělo k opuštění této práce?

- zdravotní důvody, nemoc (2)
- z finančních důvodů, kdyby nestačilo na životní nároky
- konflikty na pracovišti, kdyby se řešilo účelově

5. Co by mě přimělo opustit práci v oblasti péče o druhé (nemocné, staré) lidi?

- nic (2)
- syndrom vyhoření, psychická vyčerpanost (kdyby byla zlá na lidi)

6. Jak jsem celkově spokojena se svou prací?

- celkem ano

7. Do jaké míry se mi daří skloubit můj pracovní a rodinný život? Jaké překážky mi v tom brání?

- daří se, nezasahuje do rodinného života

8. Mám při své práci možnost rozvíjet se (formou vzdělávání, stáží, nábídky nových dovedností, supervize atp.)?

- probíhají různá školení, ve volném čase, sponzorováno evropskými fondy – lepší, že si samy vyberou dle zájmu
- proběhl komunikační seminář (byla to ztráta času)

9. Již jsem se během svého působení v oblasti (zdravotní, sociální) péče setkal/a se syndromem vyhoření (u sebe/u kolegů)?

- ne u sebe, pouze psychické napětí
- v okolí se setkaly (odstrašující vliv – „*kdybych měla být taková, radši tu práci dělat nebudu*“) – uvědomila si, jak je důležité odpočívat

10. Vnímáte své povolání jako prestižní? Proč ano/ proč ne?

- vůbec ne, ještě zvlášť práce na geriatrii – je to bráno jako to poslední, jako by ta práce neměla smysl
- když pracuji na geriatrii, lidi si myslí, že nezvládnou nic jiného
- obecně všechny zdravotnické obory ztrácejí svou prestiž, přispívají to k tomu i nové seriály ze zdravotnického prostředí, které jsou ubohé (že sestry chodí jen v podpatcích a řeší vztahy s doktory)

11. Vnímáte své povolání jako poslání?

- všechny ano, nic jiného dělat nechtěly
- pokud člověk pozná praxi a v oboru zůstane, pak je to jako poslání

12. Kouříte, berete si občas zklidňující prostředky (např. na bolesti hlavy)?

- jedna ano
- zklidňující prostředky ne

13. Bojujete s potřebou se přejídat, s nechutenstvím, s jinými problémy v jídle?

- ne
- mám od obézních pacientů odstrašující příklad, vidím, jaké mají problémy

Poznámky:

- sestry mají pocit, že práce konkrétně na geriatrii okolí bere jako „horší“, jako by tam dělaly za trest
- současné seriály ze zdravotnického prostředí snižují prestiž sester, jsou tam prezentovány jako ty, co chodí na podpatcích a v krátkých šatičkách a jejich hlavní starostí jsou plotky s doktory, lidé si pak toto projektují do reálné práce sester, která je úplně jiná

Zajímavé citace:

Otázka: Setkala jste se se syndromem vyhoření?

„Viděla jsem kolegyni s tím syndromem. Mělo to na mě odstrašující vliv, řekla jsem si, že když bych měla být taková a takhle jednat, tak radši tu práci prostě dělat nebudu a jako bylo mi to i líto, protože jsem věděla, že ta konkrétní kolegyně je bezvadný člověk, je to prostě i výborná odbornice, ale prostě bohužel ta práce už ji vysála.“

Příloha 3 Dotazník: Podpora zdraví pracovníků pečujících o seniory

Vážení přátelé,

společně s vedením Vašeho pracoviště se na Vás obracím se žádostí o vyplnění dotazníku, jehož cílem je zhodnocení situace v oblasti ochrany a podpory Vašeho zdraví při práci. Máte zde **možnost vyjádřit anonymně vlastní názor** a upozornit tak na důležité momenty, které by mohly přispět ke zlepšení podmínek Vaší práce.

Výzkum provádím v rámci svého doktorského studia, pod odborným dohledem PhDr. Hany Janečkové, PhD. ze 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy.

Výzkum probíhá podle vědeckých a etických pravidel. Dotazník je zcela **anonymní**, nikde prosím neuvádějte své jméno. Údaje budou hromadně zpracovány a pouze souhrnné výsledky dáme též k dispozici Vám a vedení Vašeho zařízení.

Velice Vám děkuji za spolupráci a věřím, že výzkum přispěje ke zlepšování Vašich pracovních podmínek!

PhDr. Blanka Jirkovská, Filozofická fakulta Univerzity Karlovy
(blanka.jirkovska@email.cz)

Pokyny k vyplnění dotazníku:

Odpovězte prosím na všechny otázky. Zvolenou odpověď označte zakroužkováním příslušného čísla, případně jinak podle instrukcí. Otázky jsou tištěny z obou stran listů!

1. Následující tabulka obsahuje deset výroků charakterizujících pracovní podmínky Vašeho současného zaměstnání. Prosím, vždy zakroužkujte číslo odpovědi, která nejvíce odpovídá míře Vašeho souhlasu s daným výrokem. Prosím, vyberte odpověď pro každý z uvedených výroků samostatně.

	Výrok	silně nesouhlasím	nesouhlasím	souhlasím	silně souhlasím
ERI1	Jsem v neustálé časové tísní způsobené množstvím práce.	1	2	3	4
ERI2	Moje práce je často přerušována a narušována.	1	2	3	4
ERI3	Během posledních let se moje práce stává více a více náročnější.	1	2	3	4
ERI4	Od mých nadřízených nebo příslušných důležitých osob se mi dostává respektu, který mi náleží.	1	2	3	4
ERI5	Vyhlídky na můj pracovní postup jsou nepříznivé.	1	2	3	4
ERI6	Zažil/a jsem nebo očekávám nějaké negativní změny ve své pracovní situaci.	1	2	3	4
ERI7	Moje místo v zaměstnání je nejisté.	1	2	3	4
ERI8	Zvážím-li všechno své úsilí a výsledky, dostává se mi v práci takové úcty a uznání, jaké mi náleží.	1	2	3	4
ERI9	Zvážím-li všechno své úsilí a výsledky, jsou mé vyhlídky na pracovní postup odpovídající.	1	2	3	4
ERI10	Zvážím-li všechno své úsilí a výsledky, má mzda/můj příjem je odpovídající.	1	2	3	4

2. Nyní následuje šest výroků. Označte prosím, do jaké míry se Vás každý z výroků týká.

	Výrok	Vůbec se mě netýká	Téměř se mě netýká	Trochu se mě týká	Týká se mě velmi
OC1	Snadno se stane, že v práci nezvládám časový tlak.	1	2	3	4
OC2	Jakmile ráno vstanu, začnu myslet na pracovní problémy.	1	2	3	4
OC3	Když přijdu z práce, snadno se uvolním a zapomenu na práci (a "vypnu").	1	2	3	4
OC4	Moji blízcí říkají, že práci obětují příliš mnoho.	1	2	3	4
OC5	Málokdy na práci zapomenu; když jdu spát, stále ještě myslím na práci.	1	2	3	4
OC6	Jestliže odložím něco, co jsem měl/a dnes v práci udělat, budu špatně spát.	1	2	3	4

3. Jak jste celkově spokojen/a se svou současnou prací?

1. rozhodně spokojen/a	2. spíše spokojen/a	3. tak napůl	4. spíše nespokojen/a	5. rozhodně nespokojen/a
---------------------------	------------------------	--------------	--------------------------	-----------------------------

4. Do jaké míry se cítíte být motivován/a ve své současné práci?

1. Cítím se velmi motivován/a.
2. Cítím se docela motivován/a.
3. Cítím se někdy motivován/a, někdy ne.
4. Cítím se spíše nemotivován/a.

5. Cítím se naprosto nemotivován/a.

5. Jak byste celkově zhodnotil/a svůj zdravotní stav během posledních dvanácti měsíců?

1. Velmi dobrý
2. Dobrý
3. Průměrný
4. Špatný
5. Velmi špatný

6. V následující tabulce prosím zakroužkujte, jaké máte vztahy se svými kolegy a přímými nadřízenými.

	Velmi dobré	Spíše dobré	Neutrální	Spíše špatné	Velmi špatné
Mé vztahy s kolegy	1	2	3	4	5
Mé vztahy s přímým nadřízeným	1	2	3	4	5

7. V další tabulce je 21 výroků o Vašich pocitech. U každého výroku se zamyslete, jak často se s danými pocity a zkušenostmi setkáváte. Číslo zvolené odpovědi prosím zakroužkujte.

	Jak často se setkáváte s danými pocity?	nikdy	jednou za čas	zřídka kdy	někdy	často	obvykle	vždy
1	Byl jsem unaven.	1	2	3	4	5	6	7
2	Byl jsem v depresi (tísni).	1	2	3	4	5	6	7
3	Prožíval jsem krásný den.	1	2	3	4	5	6	7
4	Byl jsem tělesně vyčerpán.	1	2	3	4	5	6	7
5	Byl jsem citově vyčerpán.	1	2	3	4	5	6	7
6	Byl jsem šťasten.	1	2	3	4	5	6	7
7	Cítil jsem se vyřízen (zničen).	1	2	3	4	5	6	7
8	Nemohl jsem se vzchopit a pokračovat dále.	1	2	3	4	5	6	7
9	Byl jsem nešťastný.	1	2	3	4	5	6	7
10	Cítil jsem se uhoněn a utahán.	1	2	3	4	5	6	7
11	Cítil jsem se jako by uvězněn v pasti.	1	2	3	4	5	6	7
12	Cítil jsem se jako bych byl nula (bezcestný).	1	2	3	4	5	6	7
13	Cítil jsem se utrápen.	1	2	3	4	5	6	7
14	Tížily mne starosti.	1	2	3	4	5	6	7
15	Cítil jsem se zklamán a rozčarován.	1	2	3	4	5	6	7
16	Byl jsem slab a na nejlepší cestě k onemocnění.	1	2	3	4	5	6	7
17	Cítil jsem se beznadějně.	1	2	3	4	5	6	7
18	Cítil jsem se odmítnut a odstrčen.	1	2	3	4	5	6	7
19	Cítil jsem se pln optimismu.	1	2	3	4	5	6	7
20	Cítil jsem se pln energie.	1	2	3	4	5	6	7
21	Byl jsem pln úzkostí a obav.	1	2	3	4	5	6	7

8. Máte nějaké podřízené pracovníky?

1. ano	2. ne
--------	-------

9. Uvažoval/a jste někdy o tom, že byste odešel/a z tohoto zařízení?

1. dosud ne
2. ano, ale rozhodl/a jsem se zůstat
3. ano, patrně po nějaké době odejdu, pokud by se mi naskytla vhodná a atraktivní příležitost
4. ano, odejdu, jak jen to půjde, aktivně hledám možnost jiného zaměstnání

10. Jste:

1. žena	2. muž
---------	--------

11. Kolik je Vám let?

1. Do 25 let	2. 26 - 35 let	3. 36 - 45 let	4. 46 - 55 let	5. 56 - 65 let	6. 66 a více
--------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	--------------

12. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- | | | |
|------------------|-------------------------|------------------------|
| 1. Základní | 2. Střední bez maturity | 3. Střední s maturitou |
| 4. Vyšší odborné | 5. Vysokoškolské Bc. | 6. Vysokoškolské Mgr. |

13. Pracujete na pozici:

1. Registrované zdravotní sestry
2. zdravotní ho asistenta/sanitáře
3. sociálního pracovníka
4. pečovatele/pracovníka v přímé
obslužné péči
5. fyzioterapeuta/aktivizačního
pracovníka
6. jiné:.....
.....

14. Jaký je Váš rodinný stav?

1. svobodná/ý
2. vdaná/ženatý/dlouhodobý vztah
3. vdova/vdovec
4. rozvedená/rozvedený

15. V následující tabulce prosím označte dobu, po kterou pracujete se seniory a dobu práce v tomto zařízení:

	méně než 1 rok	1-3 roky	4-10 let	11-15 let	více než 15 let
Jak dlouho celkově pracujete v oblasti péče o seniory?	1	2	3	4	5
Jak dlouho pracujete v tomto zařízení?	1	2	3	4	5

16. Pokud máte děti, kolik jich vyživujete?.....(počet dětí)

17. Jste věřící?

1. ano	2. spíše ano	3. spíše ne	4. rozhodně ne
--------	--------------	-------------	----------------

Jste na konci dotazníku. Na závěr se prosím ujistěte, zda jste odpověděli na všechny otázky. Vyplněný dotazník poté prosím vložte do obálky a vhod'te do označené krabice, kde si ho posléze osobně vyzvednu.

Velice Vám děkuji za vyplnění dotazníku a přeji Vám dobrý pocit z Vaší náročné a velmi potřebné práce!

Příloha 4 Dotazník Burnout measure, česká verze

Dotazník BM (Burnout) je zaměřen na tři různé aspekty (hlediska) jednoho jediného psychického jevu: *celkového vyčerpání (exhaustce)*. Jde o následující tři aspekty.

- 1. Pocity fyzického (tělesného) vyčerpání** – viz pocity únavy, celkové slabosti, oslabení, pocity stavu, kdy je člověk blíže k tomu, aby onemocněl pocity ztráty sil – „udření“ atp.
- 2. Pocity emocionálního (citového) vyčerpání** – pocity tísně (deprese), beznaděje, bezvýchodnosti, pocity jakoby chycení do pastí atp.
- 3. Pocity (psychického) duševního vyčerpání** – viz pocity naprosté bezcennosti, ztráty lidské hodnoty, ztráty iluzí (kladných představ o sobě a o světě), pocity marnosti vlastní existence atp.

Faktorová analýza ukázala, že „vyčerpání“ je hlavním a v podstatě jediným faktorem, který sytí tento dotazník (sytí celkem 69 % variance). Nejvýrazněji tento faktor vyjadřuje výrok: „Dále to již nejde“ či „nejsem s to již dále pokračovat“.

Dotazník BM má dobrou vnitřní konzistenci, vysokou míru shody při opakování (tzv. reliabilitu) po uplynutí jednoho až čtyř měsíců. BM má i vysokou míru shody mezi údaji, kdy se člověk měří (hodnotí) sám a kdy ho měří (hodnotí) ten, kdo ho dobře zná.

Můžete si změřit (vypočítat) míru vlastního psychického vyhoření (burnout) tím, že vyplníte a vyhodnotíte následující dotazník.

Jak často máte následující pocity a zkušenosti? Použijte, prosím, tohoto odstupňování:

- | | | |
|------------------|------------|---------|
| 1. nikdy | 4. někdy | 7. vždy |
| 2. jednou za čas | 5. často | |
| 3. zřídka kdy | 6. obvykle | |

01. Byl jsem unaven.
02. Byl jsem v depresi (tísni).
03. Prožíval jsem krásný den.
04. Byl jsem tělesně vyčerpán.
05. Byl jsem citově vyčerpán.
06. Byl jsem šťasten.
07. Cítil jsem se vyřízen (zničen).
08. Nemohl jsem se vzchopit a pokračovat dále.
09. Byl jsem nešťastný.
10. Cítil jsem se uhoněn a utahán.
11. Cítil jsem se jako uvězněn v pasti.
12. Cítil jsem se jako bych byl nula (bezcestný).
13. Cítil jsem se utrápen.
14. Tížily mne starosti.
15. Cítil jsem se zklamán a rozčarován.
16. Byl jsem slabý a na nejlepší cestě k onemocnění.
17. Cítil jsem se beznadějně.
18. Cítil jsem se odmítnut a odstrčen.
19. Cítil jsem se pln optimismu.
20. Cítil jsem se pln energie.
21. Byl jsem pln úzkostí a obav.

Jak vyhodnotit tento dotazník?

Vypočítejte nejprve položku **(A)** a to tím, že sečtete hodnoty, které jste uvedli u otázek číslo:

1,2,4,5,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18 a 21.

A =

Potom vypočítejte položku **(B)** a to tak, že sečtete hodnoty, které jste uvedli u otázek číslo:

3,6,19 a 20.

B =

Nyní vypočítejte položku **(C)** a to tím, že odečtete od hodnoty 32 položku (B) tj. $C = 32 - (B)$

C =

Vypočítejte položku **(D)** a to tím, že sečtete hodnoty (A) a (C), tj.

$D = A + C$

D =

Vypočítejte celkové skóre (BQ) a to tím, že (D) dělíte číslem 21, tj.

$BQ = D : 21 =$

BQ =

Toto je hodnota Vašeho psychického vyhoření změřená metodou BM:

- Za předpokladu upřímného postoje vyplňujícího je možno hodnotit celkový výsledek z hlediska psychologie zdraví jako *dobrý*, je-li výsledná hodnota BM = 2 a nižší.
- Je ho možno hodnotit jako *uspokojivý*, je-li BM = až 3.
- Leží-li výsledná hodnota BM mezi 3,0 – 4,0, pak se doporučuje zamyslet se nad životem a prací – nad stylem a smysluplností vlastního života. Doporučuje se *ujasnit si žebříček hodnot*, tj. toho, oč nám v životě jde, co klademe na první, druhé, třetí atp. místo v systému životních cílů (hodnot) a to nejen teoreticky,

ale i zcela prakticky – např. při přidělování času (to z tohoto hlediska ukazuje, co považujeme za důležitější a co za ne tak důležité).

- Je-li celkový výsledek $BM = 4,0$ až $5,0$ je možno považovat přítomnost syndromu psychického vyčerpání za prokázanou. V tomto případě je již bezpodmínečně nutno něco proti tomu dělat, aby vše nekončilo tak, jak bychom nikdy nechtěli dopadnout. Je dobré obrátit se v tomto případě na psychoterapeutické středisko či na určitého psychoterapeuta, zvláště pak na toho, který má kvalifikaci pro logoterapii a existenciální psychoterapii.
- Je-li výsledek vyšší než $BM = 5,0$, je to třeba považovat za havarijní signál (za „hoří to s naším vyhořením sil“). Podle toho je třeba i jednat a neotálet. Znamená to okamžitě se obrátit na nejbližšího klinického psychologa či psychoterapeuta.

Literatura:

Křivohlavý, J.: Jak neztratit nadšení. Grada Publishing. Praha, 1998.

SUMMARY

The dissertation focused on working conditions and health promotion of professionals in elderly care in the Czech Republic. It derived from the need to pay more attention to long term care sector (LTC) which has been underestimated so far. Population aging has economic, political and social consequences. Planning needs of long term care and reflecting the number of professional caregivers responds to demographic changes. Although family caregivers dominate in many OECD countries including the Czech Republic, a number of professionals in these countries will double until 2050 (even triple in the Czech Republic). The need for the existence of quality institutions providing LTC setting is linked with good working conditions and health promotion of their employees. Prevention and health promotion of the aging population and of formal and informal caregivers are important topics in long term care policy.

The general objective of our study was to get the more detailed insight into the working conditions and health promotion of professional caregivers in long term care. Moreover we focused on several specific targets. We wanted to verify two concepts: Effort Reward Imbalance (ERI) model and well-being on the population of Czech formal caregivers. Both concepts belong to well recognized theoretical and methodological tools in the field of medical sociology, organizational theory and social psychology. They are used mainly to identify the state of stress in the workplace and its medical and psychosocial consequences for employees. Their verification on a sample of Czech workers in long-term care had not been conducted before.

Following the standard structure, the dissertation was divided into several chapters. It started with theoretical background where two basic terms were described: health promotion and long term care. After then the model Effort Reward Imbalance and the concept well-being were introduced. ERI model had significantly contributed to the research on adverse health effects of work. This model examined the subjectively perceived level of balance between the effort and obtained rewards of workers and it analysed the adverse health and psychosocial consequences of this (im)balance. One of the psychosocial consequences could be well-being which we divided into physical, social and psychological dimension.

The research design was described in the methodological chapter. It was composed of the qualitative and the quantitative part. Within reflection of the current state of health promotion and working conditions of formal caregivers in the Czech environment, we conducted a qualitative probe (5 focus groups, 29 respondents). The objective was to determine subjective opinions of this target group of employers' efforts to promote their health by improving working conditions. The key theme included the level of workplace health promotion and related positive and negative factors affecting work performance. In the following part, we conducted verification of the ERI model on a sample of Czech professionals caring for the elderly in 2014 (N = 265). The survey included 12 facilities providing health and social services for the elderly. Our respondents were divided into 4 groups according to two criteria: facilities providing residential/field services and health / social carers.

We found out that our respondents often felt unrecognized and stressed. They did not see enough effort of their employers to promote their health. They realized that their work was generally underestimated but much needed. The majority of professional caregivers suffered from imbalance between higher effort and lower rewards and these discrepancies were reflected in the reduction of their well-being. The level of imbalance differed significantly among defined groups.

At the end several limitations were discussed. The cross-sectional study design brought standard restrictions which were taken into account. Our study was not planned to be representative and therefore we could not generalize our results. Despite this fact, the outputs corresponded to foreign studies and confirmed the validity of the ERI model on our sample. Considering all the limitations, our research brought important knowledge about the work situation of Czech professional caregivers. The research brought also practical benefits to participating organizations. It was acquainted to use the results of our research to search for possible ways to improve the quality of working life of employees through workplace health promotion. All facilities included had expressed an interest in the topic of research and willingness to participate actively. Regarding contemporary socio-demographic trends, more attention paid to the topic of this dissertation plays an important role in the process of dignified aging.